



**UNIVERSIDAD TÉCNICA DE AMBATO**

**FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD**

**CARRERA DE MEDICINA**

ANÁLISIS DEL CASO CLÍNICO SOBRE:

“HEMATOMA SUBCAPSULAR HEPÁTICO COMO COMPLICACIÓN DEL  
PROCEDIMIENTO COLANGIOPANCREATOGRAFÍA RETRÓGRADA  
ENDOSCÓPICA (CPRE)”

Requisito previo para optar por el Título de Médico

Autora: Areopaja Escobar, Ana Gabriela

Tutor: Dr. Pancho Zela, Marlon Mauricio

Ambato-Ecuador

Mayo, 2016

## **APROBACIÓN DEL TUTOR**

En mi calidad de Tutor del Trabajo de Investigación sobre el tema:

“HEMATOMA SUBCAPSULAR HEPÁTICO COMO COMPLICACIÓN DEL PROCEDIMIENTO COLANGIOPANCREATOGRAFÍA RETRÓGRADA ENDOSCÓPICA (CPRE)” de Ana Gabriela Areopaja Escobar estudiante de la Carrera de Medicina, considero que reúne los requisitos y méritos suficientes para ser sometido a evaluación del jurado examinador designado por el H. Consejo Directivo de la Facultad de Ciencias de la Salud.

Ambato, Abril del 2016.

EL TUTOR

.....  
Dr. Pancho Zela, Marlon Mauricio

## **AUTORÍA DEL TRABAJO DE GRADO**

Los criterios emitidos en el Trabajo de Investigación “HEMATOMA SUBCAPSULAR HEPÁTICO COMO COMPLICACIÓN DEL PROCEDIMIENTO COLANGIOPANCREATOGRAFÍA RETRÓGRADA ENDOSCÓPICA (CPRE)” como también los contenidos, ideas, análisis, conclusiones y propuesta son de exclusiva responsabilidad de mi persona, como autora de éste trabajo de grado.

Ambato, Abril del 2016

LA AUTORA

.....  
Areopaja Escobar, Ana Gabriela

## **DERECHOS DE AUTOR**

Autorizo a la Universidad Técnica de Ambato, para que haga de este Análisis de Caso Clínico o parte del mismo un documento disponible para su lectura, consulta y procesos de investigación.

Cedo los derechos en línea patrimoniales de mi Análisis de Caso Clínico con fines de difusión pública; además apruebo la reproducción de este Análisis de Caso Clínico, dentro de las regulaciones de la Universidad, siempre y cuando esta reproducción no suponga una ganancia económica y se realice respetando mis derechos de Autora.

Ambato, Abril del 2016

LA AUTORA

.....

Areopaja Escobar, Ana Gabriela

## **APROBACIÓN DEL JURADO EXAMINADOR**

Los miembros del Tribunal Examinador aprueban el Análisis de Caso Clínico sobre el tema: “HEMATOMA SUBCAPSULAR HEPÁTICO COMO COMPLICACIÓN DEL PROCEDIMIENTO COLANGIOPANCREATOGRAFÍA RETRÓGRADA ENDOSCÓPICA (CPRE)” de Ana Gabriela Areopaja Escobar estudiante de la Carrera de Medicina.

Ambato, Mayo del 2016

Para constancia firman

.....

**PRESIDENTE/A**

.....

**1ER VOCAL**

.....

**2DO VOCAL**

## **DEDICATORIA**

Dedico el presente trabajo a Dios y a mis padres. A Dios porque ha estado conmigo a cada paso que doy, cuidándome y dándome fortaleza para continuar, a mis padres, quienes a lo largo de mi vida han velado por mi bienestar y educación siendo mi apoyo en todo momento. Depositando su entera confianza en cada reto que se me presentaba sin dudar ni un solo momento en mi inteligencia y capacidad. Es por ellos que soy lo que soy ahora. Los amo con mi vida.

Ana Gabriela Areopaja Escobar

## **AGRADECIMIENTO**

En primer lugar a Dios por haberme guiado por el camino de la felicidad hasta ahora; en segundo lugar a cada uno de los que son parte de mi familia a mi PADRE Augusto Areopaja, a mi MADRE Elvia Escobar, a mi ABUELITA Rosana Escobar, a mis hermanas, a mis sobrinitos y a todos mis tíos y primos; por siempre haberme dado su fuerza y apoyo incondicional que me han ayudado y llevado hasta donde estoy ahora.

A los Docentes universitarios por contribuir de la mejor manera en nuestra formación no solo con conocimientos científicos sino también por su paciencia y el tiempo dedicado a la virtud de enseñar, de manera especial a mi docente y Tutor, el Dr. Marlon Pancho.

Por último a mis amigos y compañeros de estudios porque en esta armonía grupal lo hemos logrado y que hoy estamos haciendo que este hermoso sueño se convirtiera en realidad.

Ana Gabriela Areopaja Escobar

## ÍNDICE GENERAL

Portada.....	i
Aprobación del tutor .....	ii
Autoría del trabajo de grado.....	iii
Derechos de autor.....	iv
Aprobación del jurado examinador .....	v
Dedicatoria .....	vi
Agradecimiento .....	vii
Índice general .....	viii
Resumen.....	ix
Summary .....	xi
INTRODUCCIÓN.....	1
OBJETIVOS .....	3
Objetivo general .....	3
Objetivos específicos .....	3
Recopilación y descripción de las fuentes de información disponibles.....	4
Desarrollo.....	5
Presentación del caso clínico .....	5
Descripción cronológica detallada del caso .....	10
Descripción de la patología.....	42
COLANGIOPANCREATOGRAFÍA RETRÓGRADA ENDOSCÓPICA (CPRE) .....	42
HEMATOMA SUBCAPSULAR HEPÁTICO.....	53
Descripción de los factores de riesgo.....	61
Análisis de los factores relacionados con los servicios de salud .....	63
Identificación de puntos críticos .....	68
Caracterización de las oportunidades de mejora.....	69
Propuesta de tratamiento alternativo.....	70
Conclusiones .....	71
Referencias bibliográficas.....	73
Anexos.....	77



**UNIVERSIDAD TÉCNICA DE AMBATO**

**FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD**

**CARRERA DE MEDICINA**

**“HEMATOMA SUBCAPSULAR HEPÁTICO COMO COMPLICACIÓN DEL  
PROCEDIMIENTO COLANGIOPANCREATOGRAFÍA RETRÓGRADA  
ENDOSCÓPICA (CPRE)”**

Autora: Areopaja Escobar, Ana Gabriela

Tutor: Dr. Pancho Zela, Marlon Mauricio

Fecha: Abril del 2016

**RESUMEN**

Con el fin de conocer las causas que conllevan a que se produzca un hematoma subcapsular hepático post Colangiopancreatografía Retrógrada Endoscópica (CPRE), se analizó el siguiente caso clínico. Paciente de 47 años de edad, colecistectomizada hace 10 años; hace 3 meses ingresada en el servicio de Cirugía General por cuadro de dolor abdominal de gran intensidad e ictericia, mediante exámenes de laboratorio se diagnosticó de pancreatitis aguda de origen litiasico, se le envía a realizar una CPRE donde observan colédoco dilatado y realizan esfinterotomía endoscópica más colocación de prótesis biliar, posterior presentó aparente mejoría del cuadro ictero-obstructivo por lo cual fue dada de alta. A los 10 días post CPRE acude por nuevo cuadro de dolor abdominal de gran intensidad, realizan ecografía abdominal donde reportan colección líquida en volumen aproximado de 240 ml localizada entre el diafragma y el lóbulo derecho de hígado, por lo que indican drenaje dirigido del líquido subdiafragmático el cual no se realiza por riesgo de hemorragia aguda, ya que era compatible con hematoma subcapsular hepático, probablemente secundario a complicación del procedimiento CPRE,

indican tratamiento clínico conservador con antibioticoterapia, y esperar reabsorción del hematoma o decidir transferencia a hospital de tercer nivel para probable resolución quirúrgica. No se transfiere y se decide manejo expectante, los días siguientes se continúa con administración de analgésicos y antibiótico intravenoso, la paciente presenta una adecuada estabilidad hemodinámica y se decide el alta. Paciente acudió a controles con resultados de ecografías donde reportaron que dicha colección líquida se había reabsorbido a 110 ml, posterior a 100ml y se indicó continuar con conducta expectante en espera de la reabsorción total del hematoma. La CPRE es un procedimiento complejo, lo ideal sería que los endoscopistas estén altamente entrenados; sin embargo, no se puede evitar las complicaciones en la mayoría de los casos.

**PALABRAS CLAVES:** HEMATOMA, SUBCAPSULAR\_HEPÁTICO, COLANGIOPANCREATOGRFÍA\_RETROGRADA, ENDOSCÓPICA, ESFINTEROTOMÍA\_ENDOSCÓPICA, PRÓTESIS\_BILIAR.

**TECHNICAL UNIVERSITY OF AMBATO**

**FACULTY OF HEALTH SCIENCES**

**MEDICAL CAREER**

**"HEPATIC SUBCAPSULAR HEMATOMA COMPLICATING PROCEDURE  
ENDOSCOPIC RETROGRADE CHOLANGIOPANCREATOGRAPHY  
(ERCP)"**

Author: Areopaja Escobar, Ana Gabriela

Tutor: Dr. Pancho Zela, Marlon Mauricio

Date: April 2016

**SUMMARY**

In order to know the causes that lead to liver subcapsular hematoma post Endoscopic retrograde cholangiopancreatography (ERCP), the following case is analyzed occur. 47-year-old cholecystectomized 10 years ago; 3 months entered in the service of General Surgery, abdominal pain of great intensity and jaundice, through laboratory tests are diagnostic of acute pancreatitis lithiasic origin, it is sent to perform an ERCP where they observe dilated bile duct and perform endoscopic sphincterotomy makes biliary stent placement, posterior apparent improvement icterohemorrhagic presented obstructive picture for which he was discharged. At 10 days post ERCP comes a new abdominal pain of great intensity, perform abdominal ultrasound which reported fluid collection in volume of approximately 240 ml located between the diaphragm and the right lobe of the liver, which indicate drainage directed the Subdiaphragmatic liquid which is not performed risk of acute bleeding, as was compatible with hepatic subcapsular, probably secondary to complications of the procedure ERCP, hematoma indicate conservative clinical treatment with antibiotics, and wait reabsorption of hematoma or decide to transfer to tertiary hospital for probable surgical resolution. It

is not transferred and expectant management is decided, the next few days continues with analgesics and intravenous antibiotic, the patient has adequate hemodynamic stability and decides to discharge. Patient came to controls with ultrasounds results where reported that the collection had been reabsorbed liquid 110ml, 100ml and after continuing indicated Watchful waiting for the full resorption of hematoma. ERCP is a complex procedure, ideally endoscopists are highly trained; however, you can not avoid complications in most cases.

**KEYWORDS:**HEPATIC, SUBCAPSULAR\_HEMATOMA, ENDOSCOPIC, RETROGRADE\_CHOLANGIOPANCREATOGRAPHY, SPHINCTEROTOMY, BILIARY\_PROSTHESIS.

## INTRODUCCIÓN

El presente trabajo describe un caso clínico de una paciente femenina adulta, colecistectomizada hace 10 años, que debuta con cuadro de ictericia obstructiva cuya etiología es una pancreatitis de causa litiásica, el mismo que es resuelto mediante una colangiopancreatografía retrógrada endoscópica (CPRE), posterior a esto paciente presenta hematoma subcapsular hepático como complicación de este procedimiento; se realiza tratamiento conservador con lo cual hematoma se reabsorbía adecuadamente; en los días siguientes paciente presenta cuadro de peritonitis por una apendicitis grado IV perforada, a esto se suma un derrame pleural derecho tabicado, todo esto resuelto quirúrgicamente; días siguientes empieza con cuadro febril inespecífico, en el que se detecta absceso a nivel hepático; este mediante punción percutánea dirigida por eco se extrae líquido hemático que al cultivo se concluye en hematoma subcapsular hepático infeccioso, recibe tratamiento antibiótico y posterior es dada de alta.

El interés del presente análisis del caso clínico, surgió debido a la importancia de aprender a identificar las circunstancias por las cuales un procedimiento diagnóstico y terapéutico con es la Colangiopancreatografía Retrógrada Endoscópica (CPRE) actualmente utilizada para el manejo de cuadros ictero-obstructivos, genere complicaciones con es el hematoma subcapsular hepático el mismo que es una complicación rara al existir pocos casos reportados; además de ser importante generar conocimiento para evitar esta complicación que puede llegar a ser grave en algunos pacientes; ya que no solo va a deteriorar la calidad de vida de individuo y a su familia, sino que también suponen implicaciones financieras considerables para la institución que debe pagar el tratamiento ya que necesariamente el paciente alarga su estancia hospitalaria y se somete a contraer otras enfermedades nosocomiales.

En los últimos años, con el advenimiento y desarrollo de técnicas menos invasivas, como la colangiopancreatografía por resonancia magnética (CPRM) y la ecoendoscopia, la colangiopancreatografía retrógrada endoscópica (CPRE) se ha posicionado como un procedimiento netamente terapéutico. No obstante, la

necesidad de obtener biopsias o citología, así como el previsible desarrollo de la colangioscopia, hacen de la CPRE un procedimiento clave en el estudio de pacientes con patología del sistema biliopancreático.<sup>2</sup>

La CPRE es una técnica mínimamente invasiva, que incluso realizada por personal experto no está exenta de un cierto número de complicaciones, las descritas son pancreatitis, perforación, enfisema subcutáneo, neumoperitoneo, neumomediastino, neumotórax y excepcionalmente hematoma subcapsular hepático. Esta hemorragia poco frecuente de etiología aun indeterminada, conocida como hematoma subcapsular hepático se presume que aparentemente es producto del pinchazo accidental de la guía metálica, utilizada durante el procedimiento, en el árbol biliar intrahepático, con la consiguiente rotura de vasos sanguíneos y el paso de aire al conducto biliar y al hematoma.<sup>18</sup>

## **OBJETIVOS**

### **Objetivo General:**

- Conocer las causas que conllevaron a que se produzca el hematoma subcapsular hepático post Colangiopancreatografía Retrógrada Endoscópica (CPRE).

### **Objetivos Específicos:**

- Realizar una revisión teórica actualizada de las patologías presentadas en el caso estudiado.
- Investigar la técnica compleja de este procedimiento, además del entrenamiento de los profesionales para realizar las maniobras del proceso.
- Determinar un protocolo de tratamiento a seguir en este tipo de complicación post CPRE con las diferentes alternativas existentes.

## **RECOPIACIÓN Y DESCRIPCIÓN DE LAS FUENTES DE INFORMACIÓN DISPONIBLES**

Para poder llevar a cabo dicho caso clínico se recopiló información de múltiples fuentes tratando de detallar dentro de lo posible, de la manera más adecuada y precisa, entre dichas fuentes constan:

- Historia clínica del paciente: de la cual se obtuvieron la mayor parte de datos del presente caso clínico, desde su atención en el servicio de Emergencia, condición clínica de ingreso al Hospital del IESS Latacunga y evolución subsecuente del paciente, así como tratamiento administrado. Además se tuvo acceso al sistema S400 con el número de historia Clínica del Paciente en donde se revisó las evoluciones desde el ingreso y las interconsultas realizadas a otras casas de salud.
- La entrevista a la paciente la misma que de manera cronológica supo relatarnos la evolución de su enfermedad reflejando siempre su colaboración. Además respondió a cada una de las incógnitas planteadas, y nos proporcionó los exámenes complementarios realizados de forma particular.
- Resultados de las pruebas de laboratorio e imagen solicitadas al paciente.
- Guías de práctica clínica y artículos de revisión, las mismas sintetizan y valoran todas las evidencias con el objetivo de ayudar a los médicos a escoger la mejor estrategia de diagnóstico y manejo para el tratamiento de un paciente, a través de la cual se obtuvieron definiciones, protocolos estandarizados, y medidas terapéuticas.
- Revisiones Bibliográficas, para la actualización teórica de las patologías que presentó la paciente.



## DESARROLLO

### DESCRIPCIÓN DEL CASO CLÍNICO

El siguiente caso a analizar se trata de una paciente de 47 años de edad, sexo femenino, con antecedentes de gastritis crónica y colecistectomizada hace 10 años, ingresa a nuestro servicio de Cirugía General del Hospital IESS Latacunga hace 3 meses por un cuadro de dolor abdominal de gran intensidad localizado en hipocondrio derecho y ligero tinte icterico, donde se confirma por laboratorio (Amilasa: 2039U/L, Lipasa: 1198U/L, TGO: 282, TGP: 475) e imágenes (hígado graso) llegando al diagnóstico de pancreatitis aguda de origen litiasico, al 3er día de hospitalización se le envía a realizar Colangiopancreatografía Retrógrada Endoscópica (CPRE) donde reportaron: papila elongada, edematosa, de difícil canulación, colédoco dilatado de 10mm de diámetro; se realiza esfinterotomía endoscópica parcial más colocación de prótesis biliar, se realiza revisión desde el hepático común a distal y con canastillo de Dormia se intenta extraer cuerpo extraño (cálculo) sin lograrlo, se decide dejar prótesis biliar para mantener la permeabilidad de la vía biliar y se sugiere colangioresonancia.

Posterior a lo cual paciente presentó aparente mejoría del cuadro ictero-obstructivo comprobado con valores de laboratorio e imágenes por lo cual fue dada de alta, a los 10 días post CPRE paciente ingresa al servicio de emergencia por presenta cuadro de dolor abdominal de gran intensidad localizado en flanco derecho e irradiado a tórax, por lo que se indica realizar ecografía abdominal donde reporto signos de infiltración grasa y colección liquida en volumen aproximado de 240 ml localizada entre el diafragma y el lóbulo derecho de hígado, por lo que se decide reingreso nuevamente al servicio de cirugía para tramite de drenaje dirigido del líquido subdiafragmatico, es enviada a realizarse tal drenaje donde indican que dicha colección liquida subdiafragmática es compatible con hematoma subcapsular hepático, probablemente secundario a complicación del procedimiento CPRE, por lo que no realizaron drenaje e indican tratamiento clínico con antibioticoterapia, y esperar reabsorción del

hematoma o decidir transferencia a hospital de tercer nivel para probable resolución quirúrgica más Unidad de Cuidados Intermedios por riesgo de hemorragia aguda.



**Imagen 1:** Ecografía Abdominal 16/07/2015 que muestra colección líquida subcapsular de 240 ml.

No se realiza transferencia y se decide manejo expectante, en los días siguientes de hospitalización se continúa con administración de analgésicos y antibiótico intravenoso, con lo cual paciente presenta una adecuada estabilidad hemodinámica y se decide alta más control por consulta externa con nueva ecografía de colección líquida subdiafragmática. Paciente acude a control con resultados de ecografía donde reportó que dicha colección líquida se había reabsorbido a 125 ml, y se indicó continuar con conducta expectante en espera de la reabsorción total del hematoma.



**Imagen 2:** Ecografía Abdominal 06/08/2015 que muestra colección líquida subcapsular de 125 ml.

En los 15 días posteriores al último control paciente acude al servicio de emergencia por presentar nuevo episodio de dolor abdominal de gran intensidad sin causa aparente que se acompañaba de vomito postprandiales 4 veces al día, mas deposiciones diarreicas en dos ocasiones y hace dos días orina en muy poca cantidad. Se realiza nueva ecografía abdominal que reportó colección liquida subdiafragmática en cantidad de 100 ml.



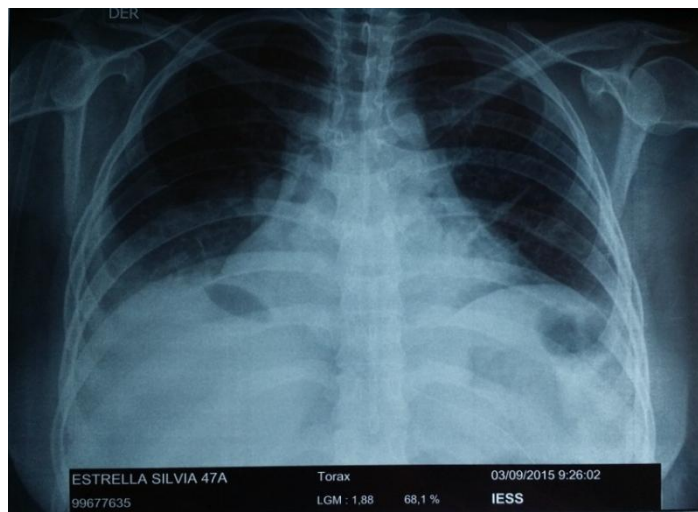
**Imagen 3:** Ecografía Abdominal 21/08/2015 que muestra colección líquida subcapsular de 100 ml.

Se decide ingreso a hospitalización para realización de nuevos estudios por cuadro sugestivo de perforación de viscera hueca, a las 24 horas se observó deterioro del estado general de la paciente y se decide transferir a Hospital de tercer nivel.

En el Hospital IESS Ambato es recibida en el servicio de Cirugía General donde al 4to día de hospitalización con un cuadro abdominal agudo inespecífico, deciden realizar laparotomía exploratoria encontrándose con una peritonitis generalizada por apendicitis aguda grado IV perforada, decidiendo el ingreso a Unidad de Cuidados Intensivos por colocación de funda de Bogotá más criterios de sepsis donde recibió manejo antibiótico y curaciones de la cavidad abdominal, a los 8 días se decide cierre de peritoneostomía + plastia de pared. En los días siguientes inicia cuadro respiratorio con tos productiva más desaturaciones de oxígeno, junto con la radiografía de tórax se observa derrame pleural bilateral de predominio derecho importante produciendo atelectasia de este campo pulmonar, se decide colocar tubo torácico derecho entre segundo y tercer espacio intercostal, donde inicialmente se

obtuvo producción de 920cc de líquido serohemático, el mismo que fue disminuyendo progresivamente, se mantuvo bajo vigilancia de producción de drenaje torácico para decidir retiro de éste previa evaluación radiológica; es dada de alta por UCI, posterior manejo se lo realizo en el servicio de Cirugía General donde paciente presentó notable mejoría del estado general y adecuada tolerancia a la dieta alimentaria.

Días posteriores paciente refiere dificultad para respirar al dormir, realizan TAC simple de tórax donde se observa condensación neumónica basal derecha con signos de broncograma aéreo, asociado a derrame pleural de líquido hipodenso libre de septos con opacidad basal derecha que compromete aproximadamente el 40% del campo pulmonar.

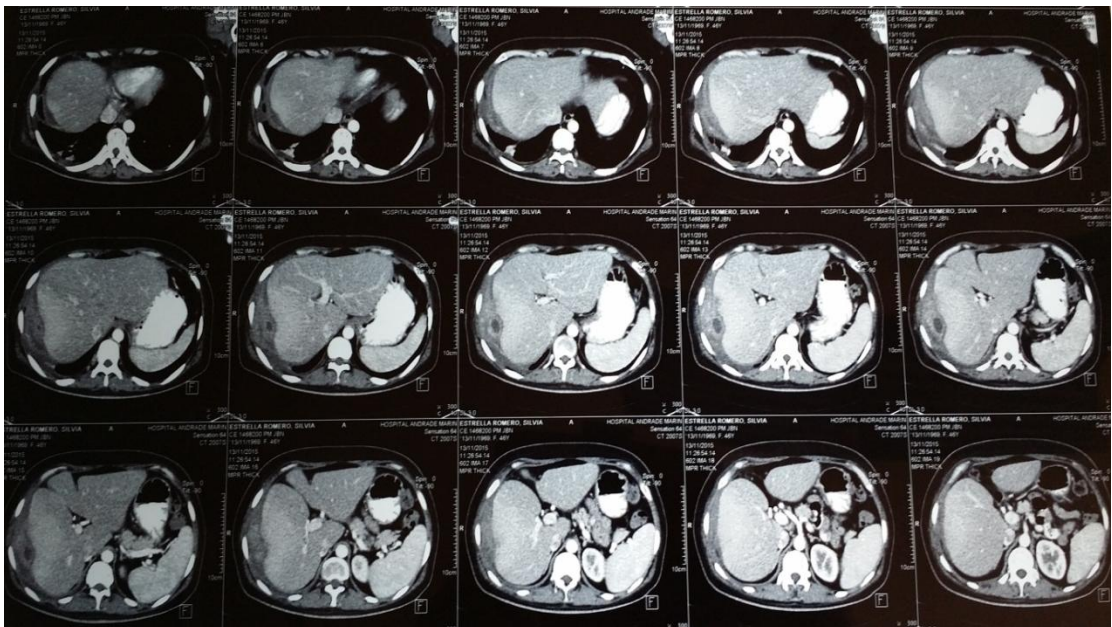


**Imagen 4:**Rx de Tórax de paciente que muestra líquido en cavidad pleural en la base derecha en moderada cantidad.

Es sometida a toracotomía a nivel de 7mo espacio intercostal de tórax posterior derecho, obteniendo líquido pleural aproximadamente 200 cc. Paciente es enviada al Hospital IESS Carlos Andrade Marín al servicio de Cirugía cardiotorácica para interconsulta, valoran derrame pleural derecho el cual aparenta tabicamiento, además paciente encontrándose con mala saturación de oxígeno y alteración en la auscultación pulmonar, por lo que deciden el ingreso en esa casa de salud. Realizan TAC de control de tórax evidenciando presencia de derrame pleural tabicado, con

espacio pleural entre los tabiques, se decide intervención para limpieza quirúrgica por VATS, procedimiento que curso sin complicaciones.

En los días siguientes paciente inicia con cuadro febril súbito que no se justifica con procedimiento realizado, por lo que indican exámenes de laboratorio resultando leucocitosis de 17.000 con neutrofilia de 81%, además de pruebas de imagen de cavidad abdominal, en la ecografía observan hígado de forma normal y reportan una imagen redondeada de bordes regulares, avascular al doppler color, de contenido heterogéneo con áreas hipocogénicas inmersas, de dimensiones 76 x 57 x 57 mm, y volumen estimado de 131 cc, sugestivo de absceso hepático en formación; en la TAC abdominal se observa aparente absceso hepático.



**Imagen 5:** TAC de Abdomen (13/11/2015) se observa aparente absceso hepático a nivel de lóbulo derecho del hígado.

Posterior es valorada por gastroenterología y medicina interna quienes sugieren drenaje de absceso hepático subfrénico derecho por vía percutánea con radiología intervencionista, se realiza dicho drenaje obteniendo líquido serohemático en moderada cantidad, en el cultivo de líquido se obtiene muestra con crecimiento bacteriano de E. coli y Enterobacter agglomerans, por lo que se continuaba con antibioticoterapia. Días posteriores paciente con buena evolución clínica, exámenes de laboratorio dentro de parámetros normales, eco hepático presencia de imagen

sugestiva de absceso hemático en remisión, por lo que planifican segundo drenaje percutáneo dirigido obteniendo 10 cc de líquido serohemático sin presencia de bacterias comprobado por cultivo. Deciden alta y envían con medicación antibiótica por 7 días y control con nueva tomografía abdominal en 6 meses para vigilancia de dicho absceso hemático a nivel de hígado. Paciente actualmente estable, con buena recuperación de su cuadro clínico y en espera de nueva realización de tomografía abdominal para control de reabsorción del hematoma subcapsular hepático.

## **DESCRIPCIÓN CRONOLÓGICA DETALLADA DEL CASO**

### ❖ NOTA DE INGRESO A EMERGENCIA 02/07/2015

Emergencia del H. Básico IESS Latacunga

TA: 140/80 - FC: 88 LPM - FR: 22 RPM - T° 37,2 °C

Paciente con antecedentes de colecistectomía hace 10 años y de gastritis crónica, acude por cuadro de dolor abdominal de gran intensidad de varios días de evolución, por lo que acude a médico particular donde diagnostica de hígado graso y envía con Omeprazol y Digeril, paciente no refiere mejoría por lo que acude. Al examen físico se observa piel con ligero tinte icterico y abdomen muy doloroso a la palpación en epigastrio e hipocondrio derecho. Es ingresada a observación con el diagnóstico de Pancreatitis aguda y se solicita varios exámenes de laboratorio para confirmar.

#### 1.- MEDIDAS GENERALES

- Ingreso a observación
- Nada por vía oral
- Control de signos vitales

#### 2.-HIDRATACIÓN

- Lactato de Ringer 1000 cc intravenoso cada 8 horas

#### 3.- MEDICACIÓN

- Omeprazol 40mg IV STAT
- Tramadol 100mg IV STAT
- Metoclopramida 10mg IV STAT

#### 4.- EXAMENES Y PROCEDIMIENTOS.

- Biometría hemática, química sanguínea completa, perfil hepático, perfil lipídico.
- Examen elemental de orina
- Ecografía abdominal

#### 5.- VALORACION CON RESULTADOS

##### \*\*\*BIOMETRÍA HEMÁTICA\*\*\*

LEUCOCITOS (WBC).....: 12.20  
 NEUTROFILOS %.....: 74.8  
 HEMOGLOBINA (HGB).....: 17.0  
 HEMATOCRITO (HCT).....: 49.5  
 PLAQUETAS.....: 364.000

##### \*\*\*QUÍMICA SANGUÍNEA\*\*\*

GLUCOSA.....: 148.8  
 BUN.....: 22.0  
 CREATININA.....: 0.80  
 COLESTEROL.....: 317  
 TGO.....: 282  
 TGP.....: 475  
 B. DIRECTA.....: 5.02  
 B. INDIRECTA.....: 0.61  
 F. ALKALINA.....: 458  
 LIPASA.....: 2855.0 (Prueba confirmada con dilución, suero  
 icterico)  
 AMILASA.....: 2039.0

\*\*\*EMO: Infeccioso

ANALISIS: Junto con los resultados de exámenes se confirma cuadro de pancreatitis aguda, por lo que se solicita valoración por el servicio de Cirugía General.

#### ❖ NOTA DE INGRESO A CIRUGÍA GENERAL 02/07/2015

Servicio de Cirugía General H. Básico IESS Latacunga

Paciente con antecedentes de colecistectomía hace 10 años y de gastritis crónica, refiere que desde hace 15 días presenta dolor abdominal tipo cólico de gran intensidad, el mismo que se exacerba el día de hoy localizado en epigastrio e hipocondrio derecho con irradiación en hemicinturon derecho, acompañado de

nauseas que llegan al vómito por 3 ocasiones de contenido alimentario, mas anorexia y malestar generalizado. Ingresa al servicio de emergencia donde realizan exámenes de laboratorio con valores de lipasa 2855.0 y amilasa 2039.0, confirmando cuadro de pancreatitis aguda de origen biliar.

#### 1.- MEDIDAS GENERALES

- Ingreso a hospitalización de Cirugía General
- Nada por vía oral
- Control de signos vitales

#### 2.-HIDRATACION

- Dextrosa en S. Salina al 0,9% 1000 cc + 10 de Soletrol K, IV cada 6 horas

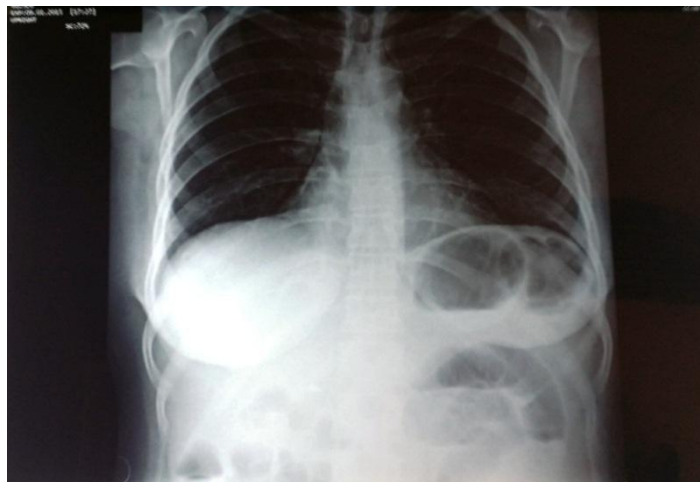
#### 3.- MEDICACION

- Ciprofloxacina 200mg IV cada 12 horas
- Omeprazol 40mg IV cada 12 horas
- Ketorolaco 30mg IV cada 8 horas
- Metoclopramida 10mg IV cada 8 horas
- Metamizol 2,5 gr IV PRN

#### 4.- EXAMENES Y PROCEDIMIENTOS.

- GGT
- Ecografía abdominal
- Rx de tórax
- Electrocardiograma

#### 5.- NOVEDADES A MÉDICO TRATANTE



**Imagen 5.** Radiografía de tórax no demuestra patología alguna.



\*\*\*\*\***HISTORIA CLÍNICA**\*\*\*\*\*

1. DATOS DE FILIACIÓN

Paciente de sexo femenino de 47 años de edad, casada, mestiza, ecuatoriana, nacida en SigchosChugchilan y residente en PujilíCdla. Andalucía, instrucción secundaria completa, ocupación quehaceres domésticos, religión católica, lateralidad diestra, grupo sanguíneo: “A” RH positivo

2. ANTECEDENTES PERSONALES

\*APP: Gastritis crónica

\*AQX: Colectomía hace 10 años

\*APF: Padre con diabetes mellitus tipo II

3. HÁBITOS

- Defecatorio: 1 a 2 veces al día
- Miccional: 3 a 4 veces al día
- Sueño: 10 horas durante la noche
- Ejercicio: juega futbol media hora a la semana
- Alimentación: 3 veces al día
- Tabaco: no
- Alcohol: no
- Drogas: no
- Exposición a humo de leña: desde la infancia hasta la actualidad
- Alergias: niega

4. ANTECEDENTES SOCIO ECONOMICOS

-Vive en casa propia de cemento armado de 1 pisos con 6 habitaciones, vive con esposo y dos hijos, cuenta con los servicios básicos, existen buenas relaciones intrafamiliares, ingresos económicos adecuados, no animales intradomiciliarios, extradomiciliarios si un perro.

5. MOTIVO DE CONSULTA

- Dolor abdominal

6. ENFERMEDAD ACTUAL

Paciente que desde hace 15 días presenta dolor abdominal tipo cólico de moderada intensidad, por lo que acude a médico particular donde diagnostica de hígado graso y envía con Omeprazol y Digeril, paciente no refiere mejoría; el día de hoy cuadro se exacerba con dolor de gran intensidad localizado en epigastrio e hipocondrio derecho

con irradiación en hemicinturón derecho, acompañado de náuseas que llegan al vómito por 3 ocasiones de contenido alimentario, más anorexia y malestar generalizado por lo que acude a esta casa de salud donde se valora y se decide su ingreso.

#### 7. REVISIÓN ACTUAL DE APARATOS Y SISTEMAS

Sin patología aparente

#### 8. EXAMEN FÍSICO

Paciente consciente, orientada en tiempo-espacio y persona, despierta, afebril, hidratada, algica.

Signos vitales

TA: 130/80

Sat O<sub>2</sub>: 93 %

FC: 80 LPM

FR: 16 RPM

Piel: elasticidad conservada, con ligero tinte icterico

Ojos: pupilas isocóricas, reactivas a la luz y acomodación, conjuntivas rosadas y escleras ictericas

Boca: mucosas orales semihumedas, piezas dentales conservadas

Orofaringe: no eritematosa, no congestiva

Orejas: simétricas

Cuello: simétrico, no se palpa adenopatías

Tórax: simétrico, expansibilidad conservada

Pulmones: murmullo vesicular conservado

Corazón: ruidos cardiacos rítmicos normofonéticos

Abdomen: suave, depresible, doloroso a la palpación superficial y profunda en epigastrio e hipocondrio derecho que se irradia a región lumbar, RHA disminuidos

Puntos ureterales: negativos

Puño percusión bilateral: negativa.

Extremidades: simétricas, no edema, fuerza y tono conservados, llenado capilar < 2 segundos, neurovascular conservado.

Glasgow: 15/15

#### 9. IMPRESIÓN DIAGNÓSTICA

- Pancreatitis aguda

❖ DIAS SIGUIENTES

Servicio de Cirugía General H. Básico IESS Latacunga

Paciente que persiste con dolor abdominal en epigastrio e hipocondrio derecho pero en menor intensidad relacionado con el ingreso. Permanece con hidratación, analgesia y antibioticoterapia. Al 3er día de hospitalización deciden solicitar:

- Coproparasitario + PMN
- Exámenes de control: BH, QS, perfil hepático, tiempos de coagulación
- TAC simple de abdomen sin contraste

\*\*\*COPROPARASITARIO\*\*\*

PARDO, LIQUIDO, HOMOGÉNEO

GRASAS.....: +++

PARASITOS.....: NEGATIVO

MOCO.....: ++

PIOCITOS.....: NUMEROSOS

HEMATIES.....: 6-8 X CAMPO

PMN.....: 90%

\*\*\*BIOMETRÍA HEMÁTICA\*\*\*

LEUCOCITOS (WBC).....: 7.50

NEUTROFILOS %.....: 51.6

HEMOGLOBINA (HGB).....: 15.4

HEMATOCRITO (HCT).....: 46.0

PLAQUETAS.....: 346.000

\*\*\*QUÍMICA SANGUÍNEA\*\*\*

GLUCOSA.....: 102.80

BUN.....: 11.8

CREATININA.....: 0.55

TGO.....: 85

TGP.....: 253

B. DIRECTA.....: 1.71

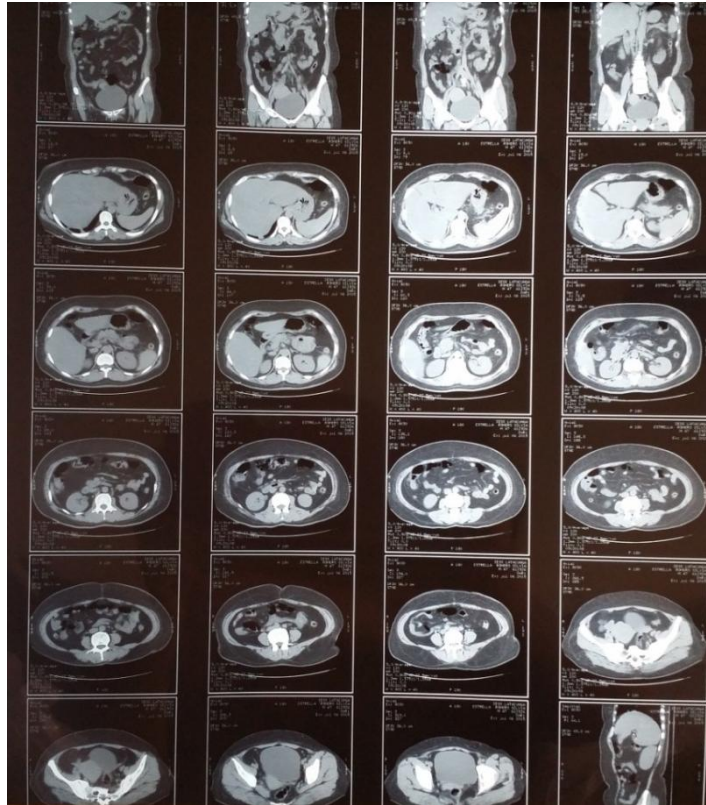
B. INDIRECTA.....: 0.74

\*\*\*TIEMPOS DE COAGULACIÓN\*\*\*

TP.....: 12.0

TTP.....: 35.0

\*\*\*TAC SIMPLE DE ABDOMEN\*\*\*



**Imagen 6.** TAC simple de Abdomen: Hígado de situación conservada, vías biliares de características conservadas, riñones sin alteraciones anatómicas, bazo y páncreas sin patología. Idg. Estudio sin patología

❖ **DÍA DE HOSPITALIZACION 06/07/2015**

Servicio de Cirugía General H. Básico IESS Latacunga

Paciente que persiste con dolor abdominal en epigastrio e hipocondrio derecho en moderada intensidad, además de tinte icterico ++ y escleras ictericas. Al 4to día de hospitalización deciden solicitar:

- Colangiopancreatografía retrógrada endoscópica (CPRE) URGENTE

**CPRE REPORTA:**

Papila: elongada, edematosa, de difícil canulación, en la segunda parte ostium cerrado. Wirsung: no se cánula, se contrasta incidentalmente por una ocasión. Vía biliar: intrahepáticos normales, el colédoco dilatado mide 10mm de diámetro no se evidencia imagen radiológica de defecto en su interior.

Procedimiento: canulación selectiva de la vía biliar. esfinterotomía endoscópica parcial. Revisión con balón, este pasa a nivel distal con facilidad, colocación de prótesis biliar de 7fr x 7cm quedado en buena ubicación y con drenaje comprobado.

Observación: se realiza revisión con balón inflado 2cc desde el hepático común a distal y con canastillo de Dormia sin lograrse extraer cuerpo extraño. Aparentemente la vía biliar esta libre a nivel proximal, se decide dejar prótesis biliar para mantener la permeabilidad de la vía biliar. Se sugiere colangiografía.

Idg: Vía biliar dilatada

❖ AL DÍA SIGUIENTE POST-CPRE 07/07/2015

Servicio de Cirugía General H. Básico IESS Latacunga

Paciente refiere dolor abdominal de moderada intensidad en epigastrio e hipocondrio derecho, leve tinte icterico en piel y escleras, canaliza flatos. Paciente en regulares condiciones. Se solicita exámenes de control a las 24 horas de la realización de la CPRE.

\*\*\*BIOMETRÍA HEMÁTICA\*\*\*

LEUCOCITOS (WBC).....: 8.80  
NEUTROFILOS %.....: 66.4  
HEMOGLOBINA (HGB).....: 10.6  
HEMATOCRITO (HCT).....: 31.4  
PLAQUETAS.....: 344.000

\*\*\*QUÍMICA SANGUÍNEA\*\*\*

GLUCOSA.....: 165.90  
BUN.....: 17.8  
CREATININA.....: 0.55  
TGO.....: 61  
B. DIRECTA.....: 0.98  
B. INDIRECTA.....: 0.33  
LIPASA.....: 323  
AMILASA.....: 153

\*\*\*TIEMPOS DE COAGULACIÓN\*\*\*

TP.....: 12.0  
TTP.....: 34.0

❖ DÉCIMO DIA DE HOSPITALIZACION

Servicio de Cirugía General H. Básico IESS Latacunga

Paciente con dolor abdominal leve en hipocondrio derecho, piel sin tinte icterico y escleras anictérica. Paciente en mejores condiciones, recibiendo su 10mo día de antibiótico, se realiza control de exámenes.

\*\*\*BIOMETRÍA HEMÁTICA\*\*\*

LEUCOCITOS (WBC).....: 10.50  
NEUTROFILOS %.....: 66.5  
HEMOGLOBINA (HGB).....: 9.0  
HEMATOCRITO (HCT).....: 27.6  
PLAQUETAS.....: 279.000

\*\*\*EMO\*\*\*

AMARILLO, LIGERAMENTE TUBIO

DENSIDAD.....: 1.020  
PH.....: 6  
LEUCOCITOS.....: NEGATIVO  
CETONAS.....: 5  
PIOCITOS.....: 10-12/C  
BACTERIAS.....: ++  
MOCO.....: +

Se solicita al día siguiente ecografía abdominal para revisión de cavidad abdominal.

\*\*\*ECOGRAFÍA ABDOMINAL 13/07/2015\*\*\*

Hígado de parénquima ecogénico con infiltración grasa, ausencia quirúrgica de vesícula biliar, vías biliares de calibre normal; riñones de ecoestructura conservada; bazo y páncreas sin patología. Idg. Esteatosis hepática.

❖ DOCEAVO DIA DE HOSPITALIZACION 14/07/2015

Servicio de Cirugía General H. Básico IESS Latacunga

Paciente en mejores condiciones generales en relación a su ingreso, refiere al momento sensación de pesantez en flanco y fosa ilíaca derecha; al examen físico mcburney dudoso y blumber positivo. Paciente es dada de alta y se le indica control en 1 semana.

❖ **NOTA DE EMERGENCIA 17/07/2015**

Emergencia del H. Básico IESS Latacunga

TA: 110/70 - FC: 80 LPM - FR: 20 RPM - T° 36,6 °C

Paciente con antecedente de pancreatitis aguda de causa biliar hace 15 días y post CPRE hace 11 días, acude por cuadro de dolor de moderada intensidad a nivel de flanco derecho que se irradia a tórax. Indica ecografía abdominal realizada el día anterior que reporta: signos de infiltración grasa, colección líquida en volumen aproximado de 240 ml localizada entre diafragma y lóbulo derecho del hígado. Al examen físico abdomen suave, depresible, doloroso a la palpación en flanco derecho, RHA presentes. Es ingresada a observación con el diagnóstico de Dolor abdominal en estudio y se solicita varios exámenes de laboratorio e imágenes.



**Imagen 7:** Ecografía Abdominal 16/07/2015 que muestra colección líquida subcapsular hepática, con volumen de 240 ml.

**1.- MEDIDAS GENERALES**

- Ingreso a observación
- Nada por vía oral
- Control de signos vitales
- Control de Ingesta/Excreta
- Semifowler

**2.-HIDRATACION**

- Lactato de Ringer 1000 cc intravenoso cada 8 horas

**3.- MEDICACION**

- Omeprazol 40mg IV STAT

4.- EXAMENES Y PROCEDIMIENTOS.

- Biometría hemática, PCR, química sanguínea completa, perfil hepático, amilasa, lipasa,

- Tiempos de coagulación, electrolitos.

- Examen elemental de orina

- TAC simple y contrastada de abdomen

- Rx de tórax

5.- VALORACION DE CIRUGÍA GENERAL

\*\*\*PCR: +++

\*\*\*BIOMETRÍA HEMÁTICA\*\*\*

LEUCOCITOS (WBC).....: 11.50

NEUTROFILOS %.....: 54.4

HEMOGLOBINA (HGB).....: 12.0

HEMATOCRITO (HCT).....: 36.4

PLAQUETAS.....: 116.000

\*\*\*QUÍMICA SANGUÍNEA\*\*\*

GLUCOSA.....: 93.4

BUN.....: 19.4

CREATININA.....: 0.66

TGP.....: 59

B. DIRECTA.....: 0.74

B. INDIRECTA.....: 0.35

\*\*\*EMO\*\*\*

AMARILLO, LIGERAMENTE TUBIO

DENSIDAD.....: 1.015

PH.....: 6,5

LEUCOCITOS.....: NEGATIVO

CETONAS.....: NEGATIVO

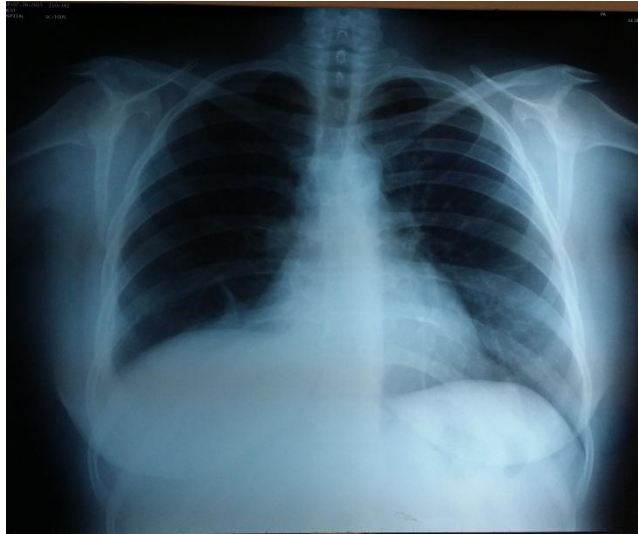
PIOCITOS.....: 3-5/C

BACTERIAS.....: +

MOCO.....: ++

\*\*\*RX DE TÓRAX\*\*\*





**Imagen 8.** Radiografía de tórax, demuestra discreto borramiento del ángulo costofrénico diafragmático derecho.

ANALISIS: Junto con los resultados de exámenes es valorada por Cirugía General quienes deciden su ingreso a hospitalización por cuadro de dolor abdominal inespecífico más presencia de líquido subdiafragmático derecho para posible drenaje de este.

❖ **NOTA DE INGRESO A CIRUGÍA GENERAL 17/07/2015**

Servicio de Cirugía General H. Básico IESS Latacunga

Paciente con antecedentes de colecistectomía hace 10 años, gastritis crónica, pancreatitis aguda de causa biliar hace 15 días y post CPRE hace 11 días, acude por cuadro de dolor de moderada intensidad a nivel de flanco derecho que se irradia a tórax. Además trae ecografía abdominal que reporta colección líquida en volumen aproximado de 240 ml localizada entre diafragma y lóbulo derecho del hígado. Al examen físico abdomen suave, depresible, doloroso a la palpación en flanco derecho, RHA presentes. Se decide su ingreso a hospitalización por cuadro de dolor abdominal inespecífico más colección subdiafragmática derecha.

**1.- MEDIDAS GENERALES**

- Ingreso a hospitalización de Cirugía General
- Nada por vía oral
- Control de signos vitales

## 2.-HIDRATACION

- Lactato de Ringer 1000 cc intravenoso cada 8 horas

## 3.- MEDICACION

- Omeprazol 40mg IV cada día
- Ketorolaco 30mg IV cada 8 horas

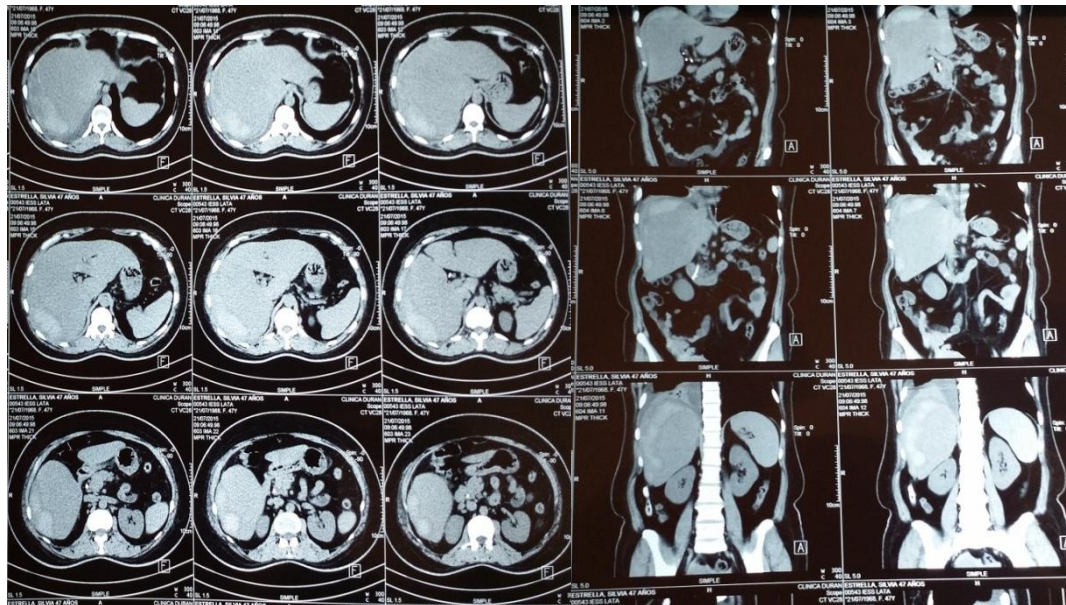
Y por colección subdiafragmática de paciente se decide iniciar terapia antibiótica:

- Ceftriaxona 1 gr IV cada 12 horas

## 4.- EXAMENES Y PROCEDIMIENTOS.

- TAC abdominal simple y contrastada
- Drenaje ecodirigido de líquido subdiafragmático

## 5.- NOVEDADES A MÉDICO TRATANTE



**Imagen 9.** TAC abdominal simple y contrastada 21/07/2015. Se observa imagen de colección heterogénea a nivel hepático.

## ❖ DÍAS SIGUIENTES DE HOSPITALIZACION

Servicio de Cirugía General H. Básico IESS Latacunga

Paciente con cuadro de colección infradiafragmática derecha y pancreatitis en resolución. Presenta dolor abdominal de gran intensidad en flanco derecho tipo cólico, que dificulta la respiración, además de vómitos de contenido gástrico por varias ocasiones. Al examen físico: paciente diaforética, con leve tinte icterico, taquipneica, taquicardica; abdomen doloroso a la palpación superficial y profunda de

manera difusa teniendo predilección por flanco derecho. Se recibe resultados de exámenes que reportan: Amilasa 394 y Lipasa 712.

#### INDICACIONES

- Tramitar drenaje ecodirigido de líquido subdiafragmatico

#### ❖ 4TO DIA DE HOSPITALIZACION

Paciente es enviada a unidad de convenio para realización de drenaje transdirigido por eco de colección infradiafragmática derecha. Según relato de paciente refiere que en dicho lugar no le realizan el drenaje, ya que al momento de observar en el eco se constata de un hematoma subcapsular hepático, por lo que médico imagenologo indica que por riesgo de hemorragia no era recomendable dicho drenaje y que solo se mantenga conducta terapéutica conservadora para reabsorción de este hematoma.

#### INDICACIONES

- Reposo absoluto
- Inicio de nutrición parenteral

#### ❖ DÍAS SIGUIENTES DE HOSPITALIZACION

Servicio de Cirugía General H. Básico IESS Latacunga

Paciente con cuadro de pancreatitis en recuperación, además de hematoma subcapsular hepático post CPRE presumiblemente se indica reposo absoluto por cuadro clínico, se inicia nutrición parcial parenteral, valores de amilasa y lipasa aún continúan altos, con ligero descenso en relación a exámenes anteriores. En cuanto a la clínica paciente con leve dolor en hipocondrio y flanco derecho, además presenta tos seca esporádica, que aumenta el dolor.

#### INDICACIONES

- Realizar exámenes de control: BH, QS, TGO, TGP, GGT, bilirrubinas, amilasa lipasa, fosfatasa alcalina, electrolitos y EMO.
- RX de tórax

\*\*\*BIOMETRÍA HEMÁTICA\*\*\*

LEUCOCITOS (WBC).....: 7.40

NEUTROFILOS %.....: 53.4

HEMOGLOBINA (HGB).....: 12.7

HEMATOCRITO (HCT).....: 37.8

PLAQUETAS.....: 488.000

\*\*\*QUÍMICA SANGUÍNEA\*\*\*

GLUCOSA.....: 143.30

BUN.....: 8.0

CREATININA.....: 0.60

ACIDO URICO.....: 2.2

TGP.....: 19

TGO.....: 19.90

B. DIRECTA.....: 0.40

B. INDIRECTA.....: 0.22

F. ALCALINA.....: 126

LIPASA.....: 341

AMILASA.....: 128.80

\*\*\*EMO\*\*\*

AMARILLO, TRANSPARENTE

DENSIDAD.....: 1.015

PH.....: 6

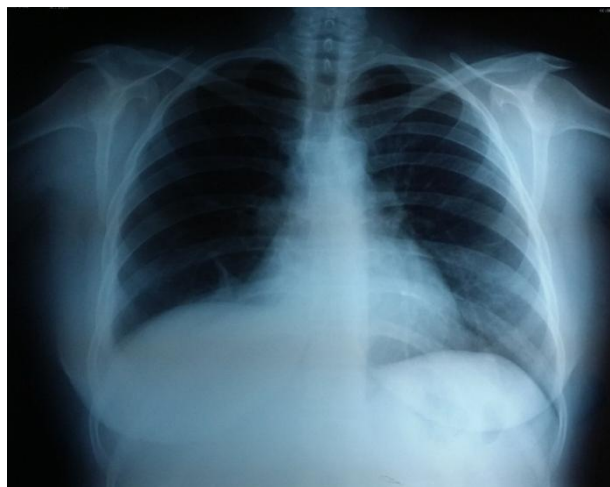
LEUCOCITOS.....: NEGATIVO

CETONAS.....: NEGATIVO

PIOCITOS.....: 1-2/C

BACTERIAS.....: ESCASAS

\*\*\*RX DE TÓRAX\*\*\*



**Imagen 10.** Radiografía de tórax (26/07/2015) demuestra presencia de derrame pleural derecho.

NOTA: Paciente que persiste con cuadro de tos seca de moderada intensidad que exacerba dolor a nivel de hipocondrio y flanco derecho.

Se indica iniciar:

- Dieta blanda
- Nebulizaciones con S. Salina 0.9% 3 cc + 20 gotas de Atrovent
- Exámenes de control de lipasa y amilasa

Se reciben resultados de exámenes:

LIPASA.....: 154 U/l

AMILASA.....: 78 U/l

#### ❖ DÍA 15 DE HOSPITALIZACION

Servicio de Cirugía General H. Básico IESS Latacunga

Bajo indicación de médico tratante se intenta transferir a paciente a unidad de mayor complejidad por presentar masa subhepática que ha recibido tratamiento clínico como complicación post CPRE el cual no se ha observado cambios clínicos y ha persistido dolor en hipocondrio sumado a esto accesos de tos, se comunica con Hospital HCAM los cuales nos mantienen en espera prolongada en el teléfono y no dan respuesta, se intenta con Hospital IESS Ambato los cuales nos indican que el tratamiento de la paciente es netamente clínico, a pesar de indicarles las evoluciones de la paciente, e indican comunicarnos a sala de cirugía el día lunes ya que la paciente al momento no presenta sintomatología quirúrgica urgente, se mantiene a la paciente hospitalizada hasta nueva indicación de conducta por parte de cirujanos de esta institución.

#### ❖ DÍA 17 DE HOSPITALIZACION 03/08/2015

Servicio de Cirugía General H. Básico IESS Latacunga

Paciente con cuadro de pancreatitis aguda de origen biliar resuelto, más hematoma subcapsular hepático como complicación post CPRE el cual no se ha observado cambios clínicos significativos y con persistencia de dolor en hipocondrio derecho sumado a esto accesos de tos en los últimos días, se mantiene conducta expectante en cuanto al hematoma para su reabsorción de este y se decide ALTA más indicaciones con control por consulta externa con nueva ecografía abdominal en 4 días.

INDICACIONES

1. Enzimas digestivas 30 min antes de cada comida cada 8 horas por 20 días
2. Dieta blanda hipograsa
3. Protector gástrico: Omeprazol 20 mg cada 12 horas por 10 días
4. Mucosolvan compuesto una cucharada cada 8 horas

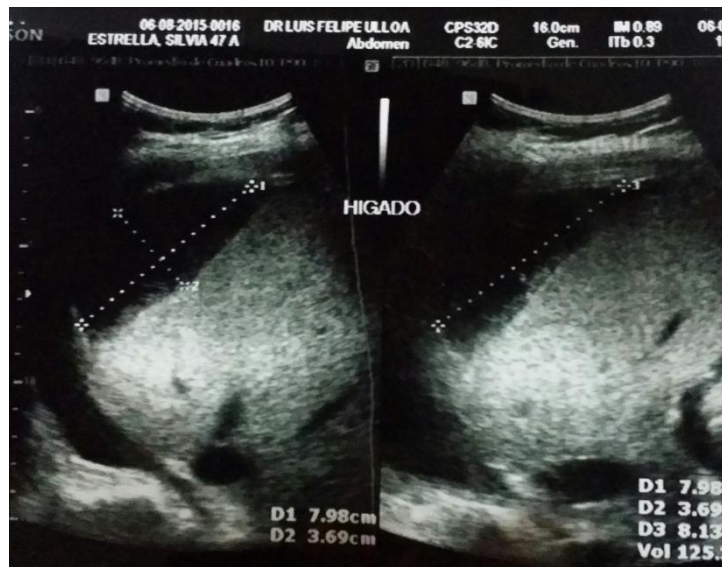
❖ CONSULTA EXTERNA CIRUGIA GENERAL 07/08/2015

H. Básico IESS Latacunga

Paciente que acude a control por antecedente de hematoma subcapsular hepático de lóbulo derecho, refiere leve dolor en hipocondrio derecho, tiene buena tolerancia oral, canaliza flatos, realiza la deposición una vez al día y persiste cuadro de tos seca. Trae ecografía abdominal que reporta colección líquida con un volumen de 125 cc en relación a la anterior de hace 18 días de 240 cc de volumen; además reporta presencia de líquido en cavidad pleural derecha.

INDICACIONES

- RX de tórax
- Control por consulta externa con nueva ecografía abdominal en 1 mes



**Imagen 11:** Ecografía Abdominal 06/08/2015 que muestra colección líquida subcapsular de 125 ml.

❖ SERVICIO DE EMERGENCIA 30/08/2015

H. Básico IESS Latacunga

Paciente con antecedente de pancreatitis aguda de causa biliar hace 2 meses y de hematoma subcapsular hepático de lóbulo derecho post CPRE, acude por referir dolor de moderada intensidad en flanco derecho, al examen físico abdomen: suave, depresible, doloroso a la palpación en flanco derecho, RHA presentes. Se le coloca el diagnóstico de dolor abdominal en estudio y se le envía a realizar exámenes que reportan:

\*\*\*BIOMETRÍA HEMÁTICA\*\*\*

LEUCOCITOS.....: 24.20

HEMATOCRITO.....: 49.0

HEMOGLOBINA.....: 16.3

NEUTROFILOS.....: 84.4

PLAQUETAS.....: 509

\*\*\*QUÍMICA SANGUÍNEA\*\*\*

GLUCOSA.....: 126.80

CREATININA.....: 1.00

AST (SGOT).....: 20

ALT (SGPT).....: 19

\*\*\*EMO\*\*\*

AMARILLO, TURBIO

DENSIDAD.....: 1.015

PH.....: 6.0

LEUCOCITOS.....: ++

PROTEINAS.....: +

SANGRE.....: +

NITRITOS.....: NEGATIVO

PIOCITOS.....: 50 - 100

HEMATIES.....: 2 - 4

BACTERIAS.....: 3455.1

MOCO.....: 0.28

ANÁLISIS: De acuerdo a los resultados de exámenes se coloca el diagnóstico de infección de vías urinarias, se envía con medicación antibiótica y analgésica a la casa.

INDICACIONES

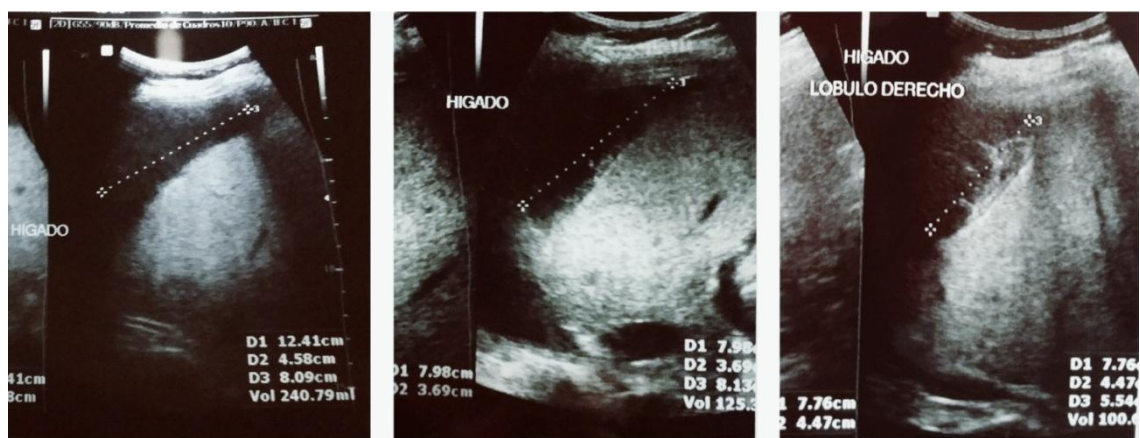
1. Ciprofloxacino 500mg vía oral cada 12 horas por 7 días
2. Paracetamol 500mg vía oral cada 8 horas por 4 días

❖ CONSULTA EXTERNA CIRUGIA GENERAL 01/09/2015

H. Básico IESS Latacunga

Paciente que acude a control por antecedentes de hematoma subcapsular hepático de lóbulo derecho de inicio con un volumen de 240 ml, posteriormente en eco de control bajo a 125 ml y último eco de control reporta volumen de 100 ml.

Paciente refiere que presenta dolor de tres días de evolución sin causa aparente que se acompaña de vomito postprandial por 4 ocasiones en el día, además paciente refiere que desde que se realizó la CPRE presento dichas molestias principalmente dolor intenso en hipocondrio derecho. Este día paciente refirió que realiza la micción hace dos días y ese día en poca cantidad. Al examen físico paciente deshidratada, abdomen tenso, doloroso a la palpación difusa, RHA disminuidos. Por lo que se decide ingresara a paciente para estudios y conducta expectante.



**Imagen 12:** Imágenes ecográficas con la respectiva evolución del hematoma subcapsular hepático de la paciente, de inicio con un volumen de 240 ml, posteriormente en eco de control bajo a 125 ml y último eco de control reporta volumen de 100 ml.

## INDICACIONES

### 1.- MEDIDAS GENERALES

- Ingreso a hospitalización de Cirugía General
- Nada por vía oral



- Control de signos vitales

## 2.-HIDRATACION

- Lactato Ringer 1000, IV cada 8 horas

## 3.- MEDICACION

- Omeprazol 40mg IV cada 12 horas

- Ketorolaco 60 mg IV STAT y cada 8 horas

## 4.- EXAMENES Y PROCEDIMIENTOS.

- Exámenes: BH, PCR, QS, TP, TTP, amilasa, lipasa, TGO, TGP, bilirrubinas

- Ecografía abdominal

- Rx simple de abdomen en dos posiciones

## 5.- NOVEDADES A MÉDICO TRATANTE



**Imagen 13.** Rx de Abdomen en 2 posiciones 01/09/2015, que evidencia marcados niveles hidroaéreos.

### \*\*\*QUÍMICA SANGUÍNEA\*\*\*

BUN.....: 94.2

CREATININA.....: 2.64

BILIRRUBINA DIRECTA.....: 0.43

ILIRRUBINA INDIRECTA.....: 0.36

ST (SGOT).....: 17

ALT (SGPT).....: 17

AMILASA.....: 18

LIPASA.....: 20.3

\*\*\*BIOMETRIA HEMÁTICA\*\*\*

LEUCOCITOS.....: 25.200

NEUTROFILOS.....: 83%

HEMOGLOBINA.....: 14

HEMATOCRITO.....: 44,3

\*\*\*ECOGRAFÍA ABDOMINAL\*\*\* 21/08/2015

Hígado de ecogenicidad incrementada con signos de infiltración grasa difusa, al momento evidencia colección líquida subcapsular que ha disminuido de volumen sobre actual de 100ml, no dilataciones vías biliares y persiste líquido en cavidad pleural en la base derecha de tórax.

❖ DÍA 1 DE HOSPITALIZACIÓN 02/09/2015

Servicio de Cirugía General H. Básico IESS Latacunga

Paciente en mal estado general con aparente cuadro de insuficiencia renal aguda debido a aparente perforación de víscera hueca y además hematoma subcapsular hepático post CPRE, por lo que se decide transferir de forma urgente a Unidad de III nivel para resolución quirúrgica y probable requerimiento de UCI.

❖ EMERGENCIA 02/09/2015

Hospital IESS Ambato

Paciente en mal estado general con cuadro inespecífico de abdomen agudo, es transferida del H. Básico IESS Latacunga para resolución quirúrgica y requerimiento de UCI. Resumiendo los días anteriores, paciente de 47 años de edad que hace 2 meses presentó cuadro de pancreatitis aguda motivo por el cual fue sometida a una CPRE luego presentó hematoma subcapsular de lóbulo derecho como complicación de este procedimiento por lo que fue hospitalizada y en aparente control de su cuadro clínico, pero desde hace 3 días presentó dolor abdominal por lo que fue ingresada en H. Básico IESS Latacunga donde a las 24 horas de hospitalización determinan que la paciente cursa con cuadro de perforación de víscera hueca; al examen físico paciente consciente, lúcida, hipotensa, taquicárdica, a la auscultación pulmonar discretos crepitantes bibasales, abdomen distendido, tenso, timpánico, doloroso a la palpación superficial y profunda especialmente en hemiabdomen superior, ruidos hidroaéreos

aumentados. Es recibida en el H. IESS Ambato donde es ingresada con el cuadro de abdomen agudo quirúrgico + perforación de viscera hueca.

❖ **SERVICIO DE CIRUGIA GENERAL**

Hospital IESS Ambato

Indicaciones:

1. NPO hasta segunda orden
2. CSV cada 2 horas
3. Sonda nasogástrica a caída libre
4. Semifowler
5. Control de ingesta/excreta
6. Diuresis horaria
7. Oxigeno por cánula nasal a 1 litro por minuto
8. S. salina al 0.9% pasar 500 cc en bolo, luego pasar a 120 cc/hora
9. Ceftriaxona 1 gr. Iv cada 12 horas
10. Clindamicina 600 mg iv cada 6 horas
11. Metamizol 1 gr iv cada 6 horas
12. Exámenes de laboratorio
13. Rx de tórax
14. Rx de abdomen
15. TAC de abdomen

**RESULTADOS**

Leucocitosis importante con neutrofilia, proteína C reactiva demuestra inflamación, perfil renal alterado, perfil hepático y pancreático sin alteración por laboratorio.

\*\*\*PCR: ++

\*\*\*TIEMPOS DE COAGULACIÓN\*\*\*

TP.....: 12,0

INR.....: 1,0

TTP.....: 30,0

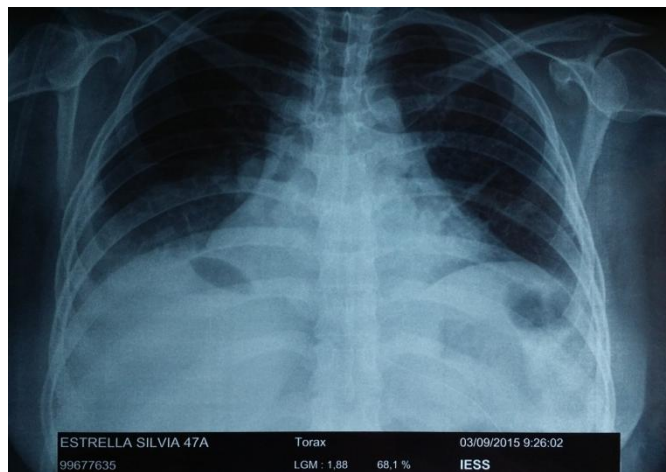
\*\*\*BIOMETRÍA HEMÁTICA\*\*\*

LEUCOCITOS (WBC).....: 25.200

NEUTROFILOS %.....: 83,8

HEMOGLOBINA (HGB).....: 14,9

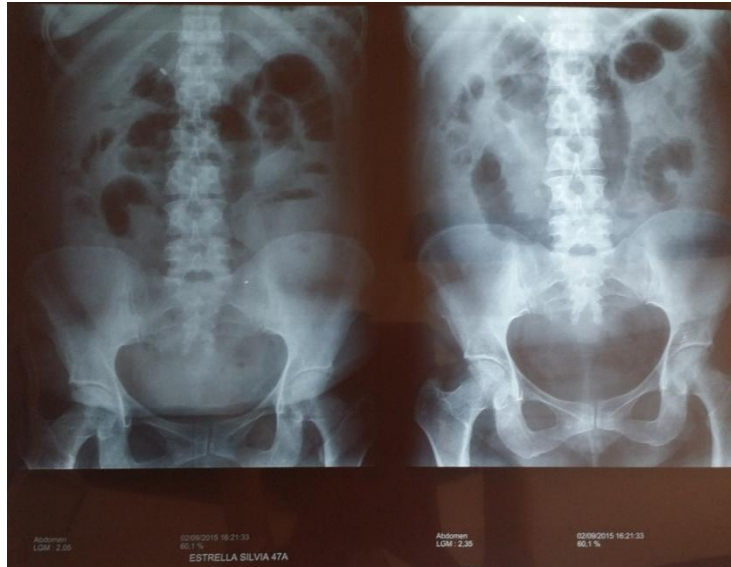
HEMATOCRITO (HCT).....: 44,3  
 PLAQUETAS.....: 429.000  
 \*\*\*QUÍMICA SANGUÍNEA\*\*\*  
 BUN.....: 94,2  
 CREATININA.....: 2,64  
 B. DIRECTA.....: 0.31  
 B. INDIRECTA.....: 0.09  
 B. TOTAL.....: 0.40  
 FOSFATASA-ALKALINA: 122  
 TGO.....: 17  
 TGP.....: 17  
 AMILASA.....: 18  
 LIPASA.....: 20,3  
 \*\*\*RX DE TÓRAX\*\*\*



**Imagen14.**Rx de tórax (03/09/2015) evidencia neumobilia a pesar de ser una placa recostada, y derrame plural derecho.



**Imagen 15.** TAC de abdomen (03/09/2015) reporta presencia de dos colecciones hipodensasperihepáticas a nivel de lóbulo derecho.



**Imagen 16.** Rx de abdomen (03/09/2015) reporta importante distensión de asas intestinales, y presencia de niveles hidroaéreos.

#### ❖ DIAS POSTERIORES

Hospital IESS Ambato

Paciente que permanecía hospitalizada por cuadro inespecífico de dolor abdominal, al 3er día (05/09/2015) al observar condición clínica de la paciente con abdomen agudo de causa no determinada con deterioro progresivo del estado general, además de signos de hipovolemia y leucocitosis importante, se conversa con paciente y familiar indicando la necesidad de realizar laparoscopia diagnóstica para posible manejo quirúrgico. El mismo que se realizó bajo normas de asepsia y antisepsia encontrándose con los siguientes hallazgos.

- Presencia de abundante líquido purulento libre en la cavidad, aproximadamente 900cc.
- Gleras fibrinopurulentasinterasas abundantes.
- Apéndice cecal parcialmente liquada o digerida.
- Absceso subhepático, absceso en fosa iliaca derecha y absceso en pelvis.
- Abundantes fecalitos libres en la cavidad.

Motivo por el cual se realizó laparotomía + apendicetomía + lavado de cavidad abdominal + colocación de bolsa de Bogotá.

Por lo cual paciente es ingresada en la Unidad de Cuidados Intensivos para estabilidad hemodinámica post quirúrgica de abdomen agudo inflamatorio (Peritonitis avanzada) + Sepsis de origen abdominal + post laparotomía.

- Informe de histopatología

Macroscopía: apéndice cecal de 6x1cm, perforada a nivel de la punta, serosa gris negruzca.

Microscopía: cortes necrosis de todo el espesor de la pared, severo infiltrado inflamatoriopolimorfomucleares. Idg. Apendicitis aguda gangrenosa

❖ UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS EN LOS DIAS POSTERIORES

Hospital IESS Ambato

Paciente con diagnóstico de Peritonitis + Sepsis de origen abdominal + post laparotomía + derrame pleural derecho.

Debido a incremento en la dificultad respiratoria por derrame pleural colocan tubo torácico fluctuante, el mismo que al inicio presenta abundante producción aproximadamente 900 cc de líquido serohemático.

A nivel abdominal continua con herida abierta de laparotomía exploratoria, cubierta con bolsa de Bogotá, apósitos manchados con líquido serohemático, no mal olor, ruidos hidroaéreos presentes del lado derecho y de hemiabdomen izquierdo disminuidos. Realizan curación de herida abierta sin salida de material purulento.

Se mantiene cubierta con terapia antibiótica con Imipenen y Metronidazol.

A nivel renal volúmenes de diuresis disminuidas.

Realizan exámenes que reportan:

\*\*\*PCR: 96

\*\*\*TIEMPOS DE COAGULACIÓN\*\*\*

TP.....: 11,9

INR.....: 1,08

TTP.....: 32,3

\*\*\*BIOMETRÍA HEMÁTICA\*\*\*

LEUCOCITOS (WBC).....: 19.500

NEUTROFILOS %.....: 73,6

HEMOGLOBINA (HGB).....: 9,9  
HEMATOCRITO (HCT).....: 31,1  
PLAQUETAS.....: 188.000

\*\*\*QUÍMICA SANGUÍNEA\*\*\*

BUN.....: 10,8  
CREATININA.....: 0,5  
GLUCOSA.....: 215  
PROTEINAS TOTALES...: 0,40  
ALBÚMINA.....: 2,1  
PROCALCITONINA.....: NEGATIVA

\*\*\*ELECTROLITOS\*\*\*

NA.....: 143  
K.....: 2,7  
CA.....: 1,0

\*\*\*GASOMETRÍA\*\*\*

PH.....: 7,46  
PCO2.....: 35,1  
PO2.....: 150,9  
HCO3.....: 24,6  
EXCESO DE BASES: 1,3  
SATO2.....: 99,4

\*\*\*CITOBACTERIOLÓGICO DEL LÍQUIDO PLEURAL\*\*\*

KOH: NEGATIVO

EXAMEN FRESCO PARA BACTERIAS Y LEVADURAS: NEGATIVO

GLUCOSA: 55,2

PROTEINAS TOTALES: 1,8

❖ 5TO DÍA POSTQUIRÚRGICO DE LAPAROTOMIA

Se decide realizar cierre de herida quirúrgica abdominal, por el diagnóstico de peritonitis generalizada superada.

Realizan cierre de peritoneosmia + plastia de pared abdominal.

Hallazgos:

- Líquido libre seroso en la cavidad este en poca cantidad.

- Asas de intestino delgado y grueso normales.

❖ EGRESO DE UCI (15/09/2015)

H. IESS Ambato

Se decide alta de UCI y pase a Cirugía General

Paciente que permaneció en esta unidad por 10 días con el diagnóstico de Peritonitis generalizada + Sepsis de origen abdominal + post laparotomía con colocación de bolsa de Bogotá + derrame pleural derecho. Al momento del egreso estable hemodinamicamente, sin complicaciones. Desde su ingreso dependiente de oxígeno por su problema pulmonar por lo que también permanece con tubo torácico derecho fluctuante y productivo. A nivel abdominal presencia de grapas por cierre de herida quirúrgica, la misma que se realiza curación diaria, sin evidencia de infección de sitio quirúrgico, con apósitos manchados con escaso líquido serohemático, además de drenaje aspirativo en corredera parietocólica derecha el mismo que produce líquido seroso en moderada cantidad al inicio, pero al momento sin producción; ruidos hidroaéreos presentes y realiza una deposición sólida.

Se mantuvo en NPO los primeros seis días, luego se prueba tolerancia oral y al momento recibe dieta enteral con buena tolerancia.

Se mantiene con terapia antibiótica y se decide el pase al servicio de cirugía general.

❖ CIRUGIA GENERAL (15/09/2015)

H. IESS Ambato

Paciente con cuadro de peritonitis generalizada y sepsis de origen abdominal superada, pero con incremento en la dificultad respiratoria por aumento de derrame pleural derecho, a los 7 días de hospitalizada (22/09/2015) en este servicio se decide realizar toracotomía posterior por derrame pleural encontrándose líquido pleural en cantidad de aproximadamente 200 cc, así paciente se encontraba con presencia de 2 tubos torácicos productivos.

❖ DÉCIMO DÍA HOSPITALIZADA EN CIRUGIA GENERAL (24/09/2015)

H. IESS Ambato

Deciden realizar interconsulta con Cirugía Cardiorácica en H. Carlos Andrade Marín, es recibida en consulta externa por proceso infeccioso respiratorio que se



complica con derrame pleural derecho el cual aparenta tabicamiento, a pesar de sus dos drenajes torácicos con poca cantidad productiva de líquido seroso, la dificultad respiratoria persiste y la saturación de oxígeno no es buena al igual que la auscultación; por lo que se decide ingreso por colección residual y decidir conducta quirúrgica.

❖ CIRUGÍA CARDIOTORÁCICA (24/09/2015)

H.C.A.M.

Ingreso a hospitalización, con las siguientes indicaciones.

1. Dieta gástrica a tolerancia
2. CSV
3. Sentar en silla TID
4. Ambulatoria a tolerancia
5. Tramal 100 mg IV cada 8 horas
6. Paracetamol 1 gr VO cada 8 horas
7. Ketorolaco 30 mg IV cada 12 horas
8. Omeprazol 40 mg IV hora sueño
9. Exámenes de laboratorio
10. TAC de tórax

\*\*\*TAC DE TÓRAX\*\*\* presencia de derrame pleural tabicado, con espacio pleural entre los tabiques, con opacidad basal derecha que compromete el 40% del campo pulmonar.

Se decide retiro de los tubos torácicos los mismos que no presentan producción y se indica preparación para cirugía programada.

Además indican valoración por cirugía general de esta casa de salud quienes solicitan TAC de abdomen en el que no se evidencia ninguna colecciones intrabdominales y deciden dar alta por especialidad y retiro de drenaje abdominal.

Al 5to día (28/09/2015) del ingreso a cirugía cardiotorácica deciden realizar limpieza quirúrgica por Vats donde se reporta los siguientes hallazgos:

- Adherencias pleuro-parietales Zulke II hacia la parte apical y Zulke IV hacia la parte basal.
- Gleras fibrinoides en moderada cantidad con contenido de líquido pleural seroso.

- Lóbulo inferior adherido a diafragma.
- Pleura visceral poco engrosada en lóbulo inferior.
- Parénquima pulmonar de aspecto normal.
- Expansión pulmonar adecuada de los tres lóbulos, luego de procedimiento.

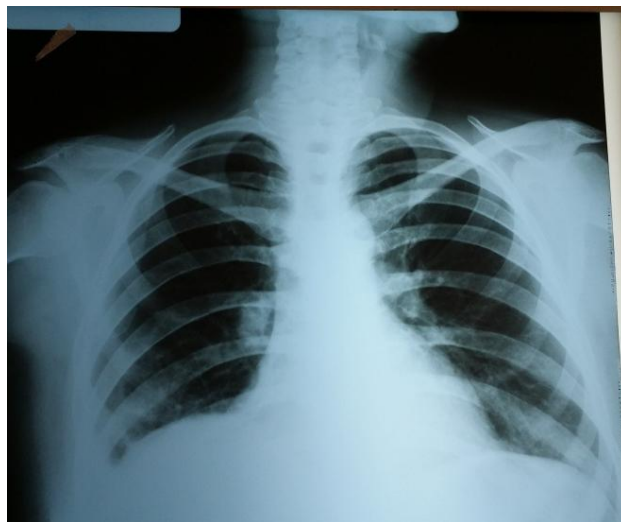
Dejan con drenaje torácico con producción de líquido hemático en moderada cantidad al inicio, posterior salida de líquido seroso en moderada cantidad, no se observa burbujeo ni con maniobra de Valsalva.

#### ❖ DIAS POSTERIORES EN CIRUGÍA CARDIOTORÁCICA

H.C.A.M.

Día (02/10/2015)

Paciente con buena evolución en su 4to día post limpieza quirúrgica por Vats por derrame pleural derecho tabicado se deja con tubo torácico de drenaje el mismo que no presenta producción desde hace 24 horas, por lo que indican retiro de este tubo, a la auscultación aún se encuentra disminución del murmullo vesicular de base pulmonar derecha, en la Rx de tórax de control se evidencia opacidad de la base derecha; paciente que desatura en ocasiones por lo que amerita la necesidad de suplemento de oxígeno.



**Imagen 17.** Rx de tórax (02/10/2015) de control se evidencia opacidad de la base derecha, y además infiltrados difusos en base pulmonar izquierda.

Día (06/10/2015)

Paciente con cuadro respiratorio superado, presenta alza térmica de 39°C con evidencia de malestar general y decaimiento, fiebre que inicia de forma oscilante y variante desde hace 24 horas y que no ha tenido un buen control a pesar de la medicación. Indican realizar TAC de tórax en la que no se ve mayor cantidad de líquido pleural derecho, con discreta atelectasia, sin reacúmulo de derrame pleural, sin embargo llama la atención en la parte abdominal a nivel del lecho vesicular, muy vecino al hígado se observa una zona de densidad con engrosamiento de la pared y que probablemente tiene líquido alrededor, líquido libre no se ve en el resto de cortes. Debido a que no se tiene foco de infección, conviene descartar algunos considerando que el primero fue abdominal. Exámenes reportan biometría hemática con leucocitosis (17,820) con neutrofilia (83%). Al examen físico piel pálida, caliente. Auscultación pulmonar murmullo vesicular disminuido en base derecha, y discretos crepitantes diseminados. Abdomen suave, depresible, doloroso a la palpación a nivel de hipocondrio derecho.

#### ❖ VALORACION DE CIRUGÍA GENERAL

H.C.A.M.

Día (07/10/2015)

Paciente que presenta alza térmica sin foco infeccioso determinado hasta el momento.

Indican ECOGRAFÍA DE ABDOMEN SUPERIOR que reporta: hígado de forma normal, a nivel de segmento VI y VII se observa imagen redondeada de bordes regulares, avascular al doppler color, de contenido heterogéneo con áreas hipocogénicas inmersas, mide 76x57x57 mm, volumen estimado de 131 cc, vesícula ausente, hallazgo sugestivo de absceso hepático en formación. TAC abdominal se observa aparente absceso hepático.

\* Sumado a la clínica y valores de laboratorio, se diagnostica de absceso hepático y se recomienda drenaje percutáneo por el servicio de imagenología y alta por cirugía.

#### ❖ VALORACION DE MEDICINA INTERNA Y GASTROENTEROLOGÍA

H.C.A.M.

Día (08/10/2015)

Paciente que presenta fiebre por aparente cuadro de absceso hepático, por lo que se decide iniciar terapia antibiótica con Imipenem y Metronidazol por parte de medicina interna. Además esta solicitado el drenaje de dicho absceso que es la indicación principal en esta patología la cual está pendiente de realizar. Por parte de gastroenterología no requiere más intervención que la ya indicada por medicina interna.

Día (13/10/2015)

Paciente sometida a drenaje de absceso hepático subfrénico derecho mediante radiología intervencionista, donde dejan drenaje hepático con producción de líquido serohemático escaso, se envía a cultivo dicha secreción la misma que reporta crecimiento bacteriano de E. coli y Enterobacteraglomerans por lo que se continua con terapia antibiótica y control del drenaje.

Detalle del procedimiento:

Paciente despierta, en decúbito supino, asepsia y antisepsia de abdomen superior, con guía ecográfica se instala 10cc de xilocaina. Con trocar 18F se llega a colección aspirándose 40cc de líquido serosanguinolento, se envía muestra para gram y cultivo, acceso intercostal derecho. Se coloca catéter de drenaje multipropósito N° 8 a presión negativa, drenaje permeable. Procedimiento sin complicaciones.

Conclusión: drenaje de colección intrabdominalsubfrénica derecha.

Paciente que en días siguientes con buena evolución clínica, no realizo picos febriles, últimos exámenes de laboratorio se encuentra dentro de parámetros normales, solo una discreta hipoalbuminemia.

\*\*\*BIOMETRÍA HEMÁTICA\*\*\*

LEUCOCITOS (WBC).....: 5.740

NEUTROFILOS %.....: 52,7

HEMOGLOBINA (HGB).....: 10,7

HEMATOCRITO (HCT).....: 30,0

\*\*\*QUÍMICA SANGUÍNEA\*\*\*

BUN.....: 10,0

CREATININA.....: 0,4

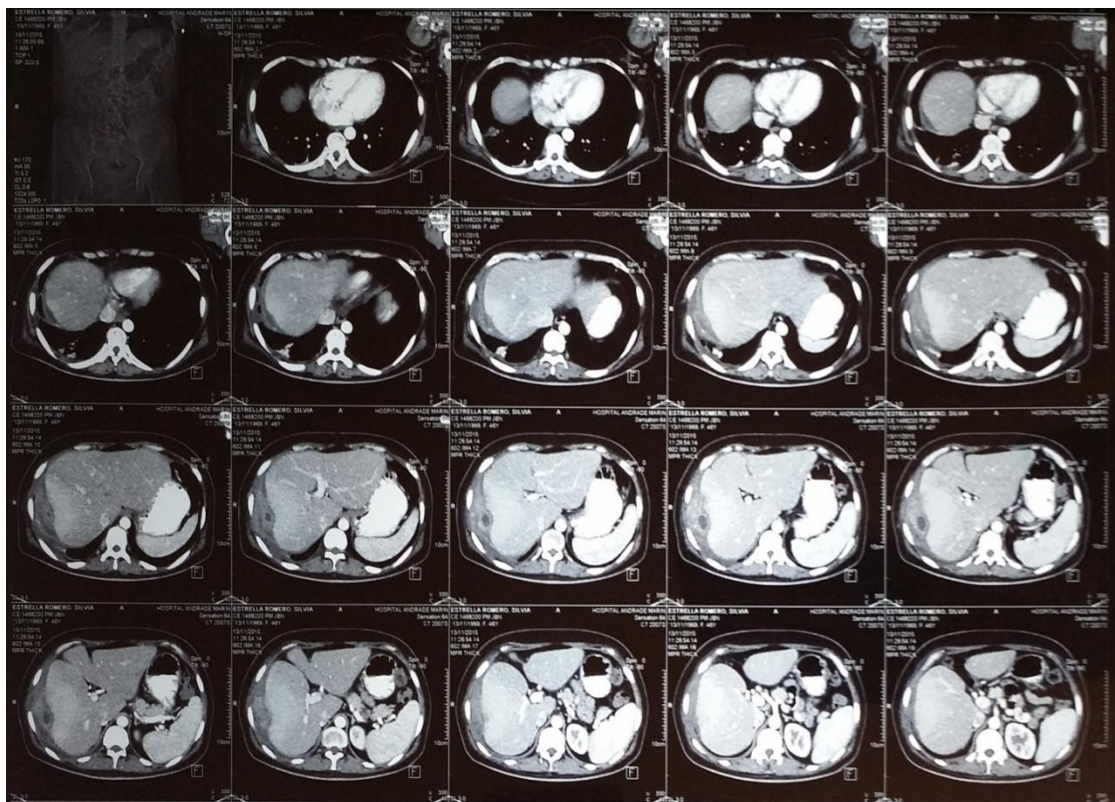
GLUCOSA.....: 84

ALBÚMINA.....: 3,2

Día (30/10/2015)

Paciente sometida a segundo drenaje de absceso hepático subfrénico derecho mediante radiología intervencionista, donde produce 10 cc de líquido serohemático, se realiza cultivo el mismo que reporta nulo crecimiento bacteriano. Se decide alta hospitalaria con las siguientes indicaciones:

- Paracetamol 1 gr VO cada 8 horas por 7 días
- Ranitidina 150 mg VO cada día por 30 días
- Levofloxacin 500 mg VO cada 12 horas por 15 días
- TAC de abdomen en 20 días
- Control por consulta externa Imagenología intervencionista en 1 mes



**Imagen 18.** TAC de abdomen (24/11/2015) reporta: hígado de tamaño y densidad habitual, con presencia de una colección subcapsular hepática con áreas hipodensas que sugieren probablemente colecciones encapsuladas; estigmas quirúrgicos a nivel de lecho vesicular. Vías biliares, bazo, páncreas y riñones sin alteraciones. Derrame pleural laminar basal ipsilateral. No adenomegalias retroperitoneales.

## DESCRIPCIÓN DE LA PATOLOGÍA

### COLANGIOPANCREATOGRAFÍA RETRÓGRADA ENDOSCÓPICA (CPRE)

En los pacientes ictericos, se emplean 2 investigaciones que pueden dar el diagnóstico etiológico y de localización de la posible obstrucción. Se trata en primer lugar de la colangiografía percutánea transhepática: esta exploración radiológica de las vías biliares se realiza hace tiempo. La otra investigación es la Colangiopancreatografía retrógrada endoscópica (CPRE) que ha sido posible desde que se introdujeron los endoscopios flexibles. Además esta técnica tiene la ventaja que permite ejecutar procedimientos terapéuticos, como son: la esfinterotomía, extracción de cálculos, implantación de prótesis y extirpación de pólipos.<sup>9</sup>

Se describió a finales de la década de 1960 como una técnica diagnóstica. Posteriormente, en 1974, dos grupos independientes describieron la esfinterotomía asociada a la extracción de cálculos biliares, abriendo el terreno de la terapéutica asociada a la CPRE.<sup>18</sup>

La CPRE es un procedimiento que combina la endoscopia esofagogastroduodenal con las radiografías para tratar los problemas de los conductos biliares y pancreáticos. La CPRE también se usa para diagnosticar problemas, pero la disponibilidad de pruebas no invasivas tales como la colangiografía por resonancia magnética ha permitido que la CPRE se use principalmente en casos en que el tratamiento se administra durante el procedimiento.<sup>20</sup>

La CPRE es ideal para delinear la anatomía del árbol biliar para evaluar la presencia y severidad de ciertas estructuras afectadas.<sup>23</sup>

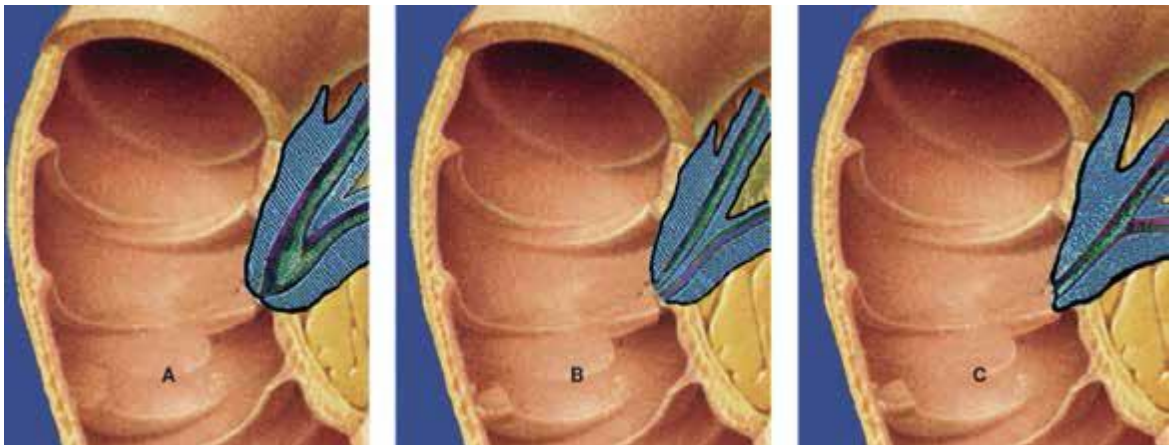
Esta técnica es usualmente realizada bajo sedación intravenosa y analgesia, a menudo en una cita ambulatoria. Los estudios de coagulación antes del procedimiento no están indicados rutinariamente, pero se deberían considerar en

pacientes seleccionados, como aquellos con historia de coagulopatía o colestasis prolongada. La profilaxis antibiótica se recomienda sólo en sospecha de obstrucción biliar, pseudoquistes pancreáticos conocidos, historia previa de endocarditis o en pacientes portadores de válvulas cardíacas protésicas.<sup>19</sup> La obstrucción biliar puede causar cuadros de colangitis y daño hepático progresivo.<sup>24</sup>

## **TÉCNICA**

En primer lugar debemos resaltar la importancia del manejo correcto por todo el equipo de los accesorios de radioprotección, tales como delantales de plomo, protectores de tiroides y eventualmente de lentes con cristales plomados. La sedación debe ser adecuada y sistematizada, de acuerdo a los protocolos de cada centro. La posición del paciente varía de acuerdo a la preferencia del endoscopista, aunque las posiciones más habituales son el decúbito prono y el lateral izquierdo, o incluso una posición intermedia entre las dos anteriores. Luego de posicionado el paciente, el duodenoscopio debe ser introducido siguiendo el eje longitudinal del enfermo, sin forzar para evitar perforaciones o laceraciones en el trayecto. Ante la menor resistencia deben de considerarse la existencia de alteraciones anatómicas como divertículos esofágicos, hernia hiatal o estenosis. En esas situaciones un aparato de visión frontal es siempre útil para el correcto diagnóstico. Una vez en el estómago, se insufla la menor cantidad de aire que permita la visualización y se realiza un correcto aspirado del contenido gástrico para evitar una posible broncoaspiración. Se debe flexionar el endoscopio hacia abajo y avanzar hacia el antro, para finalmente alcanzar el píloro. Una vez situados encima del píloro, cuyo orificio veremos en el borde inferior como “a modo de sol poniente”, un ligero giro del mando lateral del duodenoscopio hacia abajo permitirá la entrada al duodeno. Al observar la segunda porción, se frenan ambos mandos y se realiza la rectificación del equipo. A continuación se identifica la papila de Vater, la cual presenta un pliegue longitudinal por abajo y uno transversal en su porción proximal. Finalmente se procede a la canulación de la papila. Dos situaciones son claves a la hora de lograr el éxito de dicha maniobra, por un lado la posición del endoscopio y por otro la aproximación a la papila. Hay diferentes técnicas de canulación en función del uso o no de guía. Actualmente se ha prodigado su uso porque disminuye el riesgo de pancreatitis post

CPRE. En caso de canular con guía, debe introducirse mínimamente el papilótomo en el orificio papilar, con la orientación adecuada y avanzar la guía. Por la posición que adopta la misma, generalmente es reconocible qué conducto se ha canalizado, ya sea el colédoco o el conducto pancreático. Si se está en el colédoco la guía se desplaza hacia arriba en forma tangencial al endoscopio; por el contrario si se está en el Wirsung, la guía se cruza sobre la columna vertebral sobre L4-L5.<sup>18</sup>



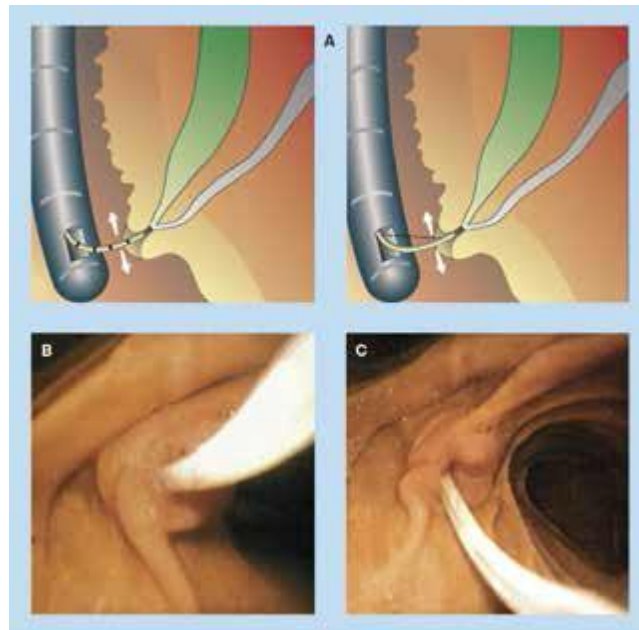
**Figura 1.** A. En el 80-85% de los pacientes, el colédoco y el Wirsung desembocan juntos en el duodeno por un conducto común corto. B. En el 15-20% de los casos la desembocadura es independiente. C. Ocasionalmente puede existir un conducto común largo. Tomado de: Colangiopancreatografía retrógrada endoscópica: una técnica en permanente evolución; Artifon E, Tchekmedyian J, Aguirre P. Sociedad de Gastroenterología del Perú, 2013.

La cateterización selectiva debe ser realizada de acuerdo con la indicación del procedimiento. La pancreatografía puede ser obtenida con el catéter posicionado perpendicularmente a la papila, hacia la hora 1. La canulación de la vía biliar debe ser realizada con la papila visualizada de abajo hacia arriba, algo desplazada hacia la izquierda, con el catéter en una posición que apunte hacia la hora 11.<sup>18</sup>

Se debe tener precaución de no introducir el catéter o papilótomo más de 2 cm para evitar la lesión del conducto. La inyección de contraste debe ser realizada lentamente, bajo control fluoroscópico, confirmando la posición en el conducto biliar o en el conducto pancreático. En caso de no conseguir la canulación selectiva de la vía biliar por acceso repetido de la guía al conducto pancreático se pueden intentar



diferentes maniobras o “trucos”. Uno consiste en dejar la guía en el conducto pancreático, extraer el papilótomo y volver a introducirlo con otra guía montada e intentar la canulación de la vía biliar con esa otra guía, esperando que la ocupación del acceso al conducto pancreático de la primera, facilite el acceso al colédoco de esa segunda guía (técnica de doble guía). Otra posibilidad, con el mismo fundamento, es colocar un stent pancreático de fino calibre (3 o 5 Fr). Esta segunda opción tiene la ventaja de que el stent pancreático temporal es una medida que disminuye el riesgo de pancreatitis post-CPRE en caso de canulaciones difíciles y puede ayudar a orientar la dirección del corte de una fístuloinfundibulotomía (precorte). En caso de que los intentos de canulación selectiva biliar fracasasen sin conseguir tampoco el acceso al conducto pancreático, la técnica que debe emplearse es el “pre-corte” en sus diferentes variantes.<sup>18</sup>



**Figura 2.** Para la canulación de la papila mayor puede utilizarse el catéter o preferiblemente el papilótomo (A). Cuando el papilótomo entra en la papila saliendo de la porción alta del campo visual y entra casi perpendicular a la pared duodenal (B) probablemente se esté en el Wirsung. Si el papilótomo procede de la porción baja del campo visual, (C), es muy probable que se esté en el colédoco. Tomado de: Colangiopancreatografía retrógrada endoscópica: una técnica en permanente evolución; Artifon E, Tchekmedyan J, Aguirre P. Sociedad de Gastroenterología del Perú, 2013.



**Figura 3.** Inyección de contraste, confirmando la posición del conducto biliar y el conducto pancreático. Tomado de: Colangiopancreatografía retrógrada endoscópica: una técnica en permanente evolución; Artifon E, Tchekmedyan J, Aguirre P. Sociedad de Gastroenterología del Perú, 2013.



**Figura 4.** Técnica del procedimiento. Tomado de: Colangiopancreatografía retrógrada endoscópica: una técnica en permanente evolución; Artifon E, Tchekmedyan J, Aguirre P. Sociedad de Gastroenterología del Perú, 2013.

**Tabla 1.** Diez consejos para el éxito en la CPRE.

- 
1. Equipo médico y de enfermería capacitado y con experiencia.
  2. Sedación metódica y adecuada.
  3. Trabajar con tiempo y sistematización.
  4. Mantener los mandos del duodenoscopio frenados una vez enfrentada la papila.
  5. La papila debe estar frente al campo de visión y a una distancia adecuada.
  6. Realizar maniobras suaves de manos y hombros para mantener la papila en posición.
  7. Evitar el peristaltismo mediante el uso de bromuro de hioscina o glucagón.
  8. La introducción de contraste debe ser realizada paulatinamente y con sumo cuidado.
  9. Utilizar las guías con prudencia, pese a su extremo blando, las mismas pueden causar complicaciones.
  10. Las maniobras de corte o precorte deben ser realizadas con sumo cuidado y conociendo en profundidad su técnica.
- 

**Tabla 1.** Diez consejos para el éxito en la CPRE. Tomado de: Colangiopancreatografía retrógrada endoscópica: una técnica en permanente evolución; Artifon E, Tchekmedyan J, Aguirre P. Sociedad de Gastroenterología del Perú, 2013.

## **INDICACIONES DE LA CPRE**

### **A) Enfermedades de las vías biliares**

La CPRE tiene especial indicación en la ictericia obstructiva, como por ejemplo en la coledocolitiasis y las estenosis, pudiendo definir la etiología y topografía de la obstrucción. Un estudio realizado por Pasanen y col. demostró que la CPRE permitió diferenciar entre causas obstructivas y no obstructivas en hasta un 90% de las veces. La coledocolitiasis es una de las causas más frecuentes de obstrucción biliar, la cual puede cursar con dolor abdominal, ictericia, pancreatitis y colangitis. La especificidad y la sensibilidad en la detección de cálculos en el conducto biliar común supera el 95%. Pese a ello, hay que prestar especial atención en no inyectar aire en la vía biliar durante la colangiografía dado que las burbujas de aire pueden ser falsamente interpretadas como litiasis. Una indicación común de la CPRE es en el postoperatorio de la colecistectomía laparoscópica, cuando no ha sido posible la

remoción completa de los cálculos de la vía biliar principal. La CPRE mantiene su indicación en la colangitis esclerosante primaria (CEP) donde permite el cepillado para citología, así como el manejo de las estenosis dominantes. Por último, debemos recordar la disfunción del esfínter de Oddi y el estudio de la vía biliar en pacientes sometidos a trasplante hepático como otras indicaciones de la CPRE.<sup>18-19</sup>

## B) Enfermedades Pancreáticas

Inicialmente indicada para el diagnóstico de estas afecciones, actualmente la CPRE se utiliza como complemento de estudios de imagen menos invasivos (TAC, ecografía, CPRM) y para el manejo intervencionista en caso de estenosis o cálculos pancreáticos. La pancreatitis aguda es una patología común, potencialmente grave. Los cálculos biliares son la principal causa de esta enfermedad. La utilidad de la CPRE en esta entidad, ha sido evaluada en gran medida y aunque existen controversias, la evidencia existente está a favor de su uso en algunas situaciones específicas. Es así, que un meta-análisis realizado por Petrov y col. concluye que la CPRE está indicada para la eliminación de los cálculos en el ducto biliar en pacientes con pancreatitis severa o colangitis, aquellos que son pobres candidatos para colecistectomía o que se encuentran post-colecistectomía y aquellos con evidencia fuerte de obstrucción biliar persistente. Los traumatismos de abdomen pueden lesionar el conducto pancreático produciendo fístulas y estenosis, que pueden ser tratadas mediante la colocación de una prótesis en el conducto pancreático. Las colecciones pancreáticas como el pseudoquiste de páncreas pueden tener o no comunicación con el Wirsung. En el primer caso pueden ser tratados con el drenaje transpapilar (asociando eventualmente el drenaje transgástrico) y en los segundos es posible tratarla con punción eco-guiada vía transgástrica. En el cáncer de páncreas no resecable, la colocación de una prótesis biliar se considera el estándar para la paliación de la ictericia.<sup>18-19</sup>

## CONTRAINDICACIONES

Son básicamente las mismas que para la endoscopía digestiva alta. La evaluación clínica debe ser hecha de manera individualizada, teniendo en cuenta los motivos por los cuales se realizará el procedimiento. Hay que evaluar si el paciente presenta

comorbilidades que puedan aumentar el riesgo del procedimiento. Pacientes con inestabilidad hemodinámica o que se nieguen a realizar el procedimiento deben ser considerados como contraindicación absoluta.<sup>18-19</sup>

## **COMPLICACIONES**

Es de vital importancia para el endoscopista conocer las potenciales complicaciones de la CPRE, las tasas de incidencia y los factores de riesgo. Debemos recordar que el mejor tratamiento para cualquiera de las complicaciones es su prevención. Así, las complicaciones de la CPRE según Freeman son: pancreatitis, perforación, infecciones, cardiopulmonares y hemorragia. A continuación se analizan las más importantes por su frecuencia y severidad.<sup>18-20</sup>

### **A) Pancreatitis aguda post-CPRE**

Es la complicación más común y más grave de la CPRE, su incidencia varía según los autores, pero es próxima al 3,5%. Algunos de los factores de riesgo estudiados por análisis multivariados fueron: sospecha de disfunción del esfínter de Oddi, jóvenes, bilirrubinas anormales, historia previa de pancreatitis post CPRE, Inyección en el conducto pancreático, esfinterotomía pancreática, precorte y dilatación de la papila de Vater con balón. Otros factores incluyen, la manipulación excesiva de la papila para conseguir la canulación, o la ampulectomía. En los últimos años se ha sumado evidencia del uso de AINEs (antiinflamatorios no esteroides) como la indometacina rectal o de prótesis pancreáticas de manera de reducir el riesgo de esta complicación.<sup>18</sup>

### **B) Perforación**

Esta es una complicación infrecuente pero grave. La misma puede ser tratada en forma conservadora en la mayoría de los casos cuando es identificada rápida y precozmente e instaurado un correcto tratamiento, aunque cuando involucra la pared lateral del duodeno requiere habitualmente de cirugía. Una publicación reciente de Baron y col. clasifica a la perforación vinculada con la CPRE en 4 tipos. El tipo I, involucra a la pared lateral del duodeno, siendo en general de resolución quirúrgica. El tipo II o peri-papilar, varía en gravedad y no requiere habitualmente de cirugía. En

estos casos, si la TAC muestra gran cantidad de líquido retroperitoneal se requiere la intervención quirúrgica o percutánea. Últimamente ha cobrado relevancia el manejo endoscópico de estos tipos de perforaciones mediante la colocación de un tubo nasoduodenal y drenaje biliar o mediante el uso de clips. Las lesiones de tipo III, son lesiones de la vía biliar distal a causa de la instrumentación con Dormia o guía cerca de un área obstruida. En general son pequeñas y sin relevancia clínica. La perforación de la vía biliar distal puede manejarse mediante la colocación de un stent plástico o de un stentautoexpandible totalmente cubierto. La presencia de aire a nivel retroperitoneal por si solo (tipo IV) probablemente se relaciona a la insuflación mantenida durante la CPRE, aunque puede producirse por pequeñas perforaciones y asociarse a dolor luego del procedimiento. Si es un hallazgo incidental no se considera una perforación verdadera y no requiere de cirugía.<sup>18</sup>

#### C) Infecciones

La colangitis es una complicación que puede llegar a ser grave, con su consiguiente mortalidad. La misma está asociada a la combinación de procedimientos percutáneos, colocación de prótesis en las estenosis malignas de la vía biliar, presencia de ictericia, drenaje biliar incompleto y colangitis esclerosante primaria. El correcto drenaje de la vía biliar luego del procedimiento es el principal aliado del endoscopista en la prevención de esta complicación. Es así que el drenaje de la vía biliar mediante la colocación de un stent está indicado cuando no se logra la extracción completa de la coledocolitiasis. La utilización de antibióticos en forma profiláctica debe ser considerada cuando existe sospecha de no lograr un completo drenaje biliar post CPRE, como en caso de estenosis del hilio hepático y colangitis esclerosante primaria. Los antibióticos deben cubrir Gram negativos y enterococos.<sup>18</sup>

#### D) Cardiopulmonares

Estas complicaciones pueden estar relacionadas a la sedación, a un tiempo prolongado de la CPRE y a factores de riesgo de los pacientes. La posición del paciente puede contribuir a una menor perfusión tisular, debiendo existir siempre una adecuada monitorización y aporte de oxígeno.<sup>18</sup>

#### E) Hemorragia

La hemorragia puede ocurrir durante la esfinterotomía debido a la lesión inadvertida del plexo arterial papilar. El principal responsable de esta complicación no es el tamaño de la esfinterotomía sino la posición anatómica de la arteria retroduodenal. Esta complicación ocurre en el 1,3% de las pacientes, siendo en general de poca magnitud. Los factores de riesgo para el sangrado son: coagulopatía, utilización de anticoagulantes dentro de las 72 horas posteriores a la esfinterotomía, estenosis papilar, colangitis aguda, realización de precorte y menor experiencia del endoscopista. El tratamiento de esta complicación puede ser efectuado endoscópicamente a través de la inyección de solución de adrenalina, asociada o no a métodos térmicos y los clips metálicos. La CPRE con esfinterotomía se considera un procedimiento con riesgo para el sangrado, debiendo ajustarse la terapia antitrombótica de acuerdo a las guías publicadas. Una hemorragia poco frecuente, pero que ha sido descrita es el **hematoma subcapsular hepático** secundario a lesión traumática por la guía biliar. Esta complicación puede confundirse clínicamente con la perforación ya que ambas se expresan por dolor. El diagnóstico diferencial es importante ya que el tratamiento del hematoma puede ser conservador, no estando indicada la cirugía.<sup>18-20</sup>

## **FACTORES DE RIESGO**

Los factores de riesgo para el desarrollo de complicaciones post-CPRE, han sido clasificados en dos tipos, que incluyen a los factores propios del paciente (edad mayor de 60 años, sexo, cirrosis, diabetes mellitus, páncreas divisum, coagulopatía, colecistectomía y estar en una unidad de cuidados intensivos); y factores de riesgo del procedimiento (esfinterotomía, tamaño de la esfinterotomía, precorte, canulación del conducto pancreático, acinarización del páncreas, extracción de cálculos, diámetro del colédoco, tamaño del cálculo coledociano, anticoagulación y frecuencia de procedimientos realizadas por el endoscopista).<sup>19-20</sup>

Las complicaciones derivadas de CPRE se presentaron en el 11,2% del total de los procedimientos, como se muestra en la Tabla a continuación. La complicación más frecuente fue la pancreatitis aguda que ocurrió en 16 pacientes (5,4%). La pancreatitis aguda fue catalogada como leve en 11 casos (69%) y moderada en 5

casos (31%); no hubo casos catalogados como graves. La hemorragia ocurrió en 13 pacientes (4,4%), y fue catalogada como leve en el total de los casos; la colangitis y canastilla impactada ocurrieron en 2 (0,7%) pacientes con la misma frecuencia. No se observó casos graves ni de mortalidad.<sup>19</sup>

**Tabla 3.** Tipo de complicación según grado de severidad y frecuencia de complicaciones respecto al total de procedimientos CPRE efectuados.

Tipo de complicación	Leve	Moderada	Grave	N	%*	%**
Pancreatitis	11	5	-	16	48,5	5,4
Hemorragia	13	-	-	13	39,4	4,4
Colangitis	1	1	-	2	6,1	0,7
Canastilla Impactada	2	-	-	2	6,1	0,7
Perforación	-	-	-	-	-	-
<b>Total</b>				<b>33</b>	<b>100,00</b>	<b>11,2</b>

\* Con respecto al total de procedimientos complicados.

\*\* Con respecto a la totalidad de procedimientos.

**Tabla 1.** Complicaciones derivadas de CPRE. Tomadas de: Factores asociados a complicaciones de la colangiopancreatografía retrógrada endoscópica en un hospital de alta complejidad. Quispe M, Sierra W, Callacondo D, Torreblanca J. RevPeruMedExp Salud Publica. 2010

La CPRE es un procedimiento complejo que no pueden realizar todos los endoscopistas. Es necesaria, no sólo una larga curva de aprendizaje, sino, también, un mantenimiento de la destreza adquirida, por medio de la realización constante y habitual de exploraciones. Lo ideal sería que los endoscopistas estén altamente entrenado para la realizaran de más CPRE; sin embargo, no se puede evitar las complicaciones en la mayoría de los casos.<sup>19</sup>

## PREVENCIÓN

La CPRE es un procedimiento que requiere de una técnica compleja, para lo cual es imprescindible un adecuado entrenamiento y un profundo conocimiento de las maniobras a realizar. El uso de equipos e instrumentales diferentes a la endoscopia convencional le otorgan características propias que deben ser conocidas y dominadas por quien realiza esta técnica. A su vez, la CPRE requiere el uso de rayos, para lo cual se debe estar familiarizado con la fluoroscopia, conociendo sus potenciales



riesgos y dominando la interpretación de las imágenes radiológicas. Ciertamente la CPRE es un procedimiento con innumerables tácticas a ser aprendidas, la cual ha evolucionado de un estudio diagnóstico a un procedimiento cada vez más terapéutico.<sup>15</sup>

## **HEMATOMA SUBCAPSULAR HEPÁTICO**

### **DEFINICIÓN**

El hematoma hepático subcapsular es una rara complicación de la colangiopancreatografía retrógrada endoscópica, y existen pocos casos reportados en la bibliografía mundial. Puede ser explicada por una punción accidental del árbol biliar intrahepático por la guía metálica y rotura de un vaso de pequeño calibre intrahepático.<sup>1</sup>

Se trata de una complicación potencialmente grave, aunque no se ha comunicado hasta el momento ningún fallecimiento. La etiología de estos hematomas no está clara. Se ha propuesto como probable causa la lesión del parénquima hepático por la guía. Sin embargo, otros mecanismos son posibles.<sup>3-4</sup>

Los hematomas subcapsulares pueden tratarse mediante simple observación o evaluarse quirúrgicamente si no existe lesión parenquimatosa asociada. Pueden producirse por hemostasia inapropiada, coagulopatía postoperatoria o ambos. Si el paciente no está con hipotermia, ni acidosis, hay que realizar una reexploración.<sup>21</sup>

### **FISIOPATOGENIA**

La causa por la cual se produciría el hematoma sería la lesión accidental de la vasculatura hepática después de la perforación de algún conducto biliar intrahepático o la lesión de vasos de pequeño calibre debido a la ruptura accidental del árbol biliar luego del pasaje del alambre guía metálica de la CPRE y el consiguiente sangrado y acumulación subcapsular.<sup>5</sup> Al estar el árbol biliar manipulado y contaminado puede haber infección de las colecciones y formación de absceso. Se debe tener en cuenta esta complicación y un manejo cuidadoso de la guía por el endoscopista o ayudante. El hacer excesiva manipulación de la misma o que se

pierda el extremo distal en la imagen fluoroscópica debe llamar la atención de los operadores y evitarse.<sup>7</sup>

## **PRESENTACIÓN CLÍNICA**

La clínica de presentación, fundamentalmente el dolor abdominal de comienzo súbito en el hipocondrio derecho irradiado al hombro y sensación nauseosa, asociado o no a inestabilidad hemodinámica, luego de un procedimiento de esta naturaleza debe alertarnos sobre esta eventual complicación. Al estar frente a un cuadro potencialmente grave la paciente se encontrara agitada, hipotensa, taquipneica, con intenso dolor en hipocondrio derecho con importante defensa voluntaria que dificulta la exploración.<sup>11</sup>

## **INCIDENCIA**

La CPRE tiene una constelación propia de complicaciones que oscilan entre el 2 y el 10%; la pancreatitis aguda, la hemorragia y la perforación duodenal son las más frecuentes. El porcentaje de morbilidad varía según la experiencia del operador. Los hematomas hepáticos son una rara complicación de las CPRE de la que se describen pocos casos. El primer reporte de hematoma hepático subcapsular secundario por realización de colangiopancreatografía retrógrada endoscópica se realizó en el año 2000.<sup>4-17</sup> (tabla 1)

**Tabla 1** Resumen de los casos de hematomas hepáticos tras CPRE descritos en la literatura médica.

Edad (años)	Sexo	Motivo de la CPRE	Tratamiento en la CPRE	Tiempo tras CPRE	Presentación clínica	Coagulación	Tamaño del hematoma (mm)	Tratamiento del hematoma	Infección del hematoma	Autor y revista
57	Mujer	Colestasis	NC	60 h	Dolor en HD. Shock	Alterada	NC	Cirugía	No	Wu WC. GIE 1993
81	Varón	Coledocolitiasis	Esfinterotomía. Balón extractor	Horas	Dolor en HD	NC	NC	Drenaje externo	Sí	Deballar et al. Surg Endoscopy 2000
43	Mujer	Cancer de páncreas	Esfinterotomía. Prótesis metálica	5 h	Dolor en HD. Anemia	Normal	80 x 150	Embolización. Cirugía	No	Chi KD et al. Endoscopy 2004
88	Mujer	Masa en páncreas	Esfinterotomía. Prótesis plástica	Horas	Dolor en HD	Normal	NC	Conservador	No	Horn TL et al. GIE 2004
64	Mujer	Coledocolitiasis	NC	10 días	Dolor en HD. Fiebre. Anemia	NC	NC	Drenaje externo	Sí	Bhandarkar DS. Surg Endoscopy 2004
41	Varón	Colangiocarcinoma	Prótesis plástica	48 h	Dolor en HD	Normal	78 x 41	Conservador	No	Ertugrul I et al. Dig Dis Sci 2006
30	Mujer	Colestasis. Dilatación biliar	Esfinterotomía	Horas	Dolor en HD	Normal	100	Drenaje externo. Cirugía	Sí	Priego P et al. Rev Esp Ap Dig 2007
51	Mujer	Coledocolitiasis	Esfinterotomía. Balón extractor	Horas	Dolor en HD	Normal	100 x 130	Drenaje externo	No	Bhati CS et al. Endoscopy 2007
98	Varón	Coledocolitiasis	Esfinterotomía. Balón extractor	48 h	Dolor en HD	Normal	NC	Conservador	No	Petit-Laurent F et al. Gastroenterol Clin Biol 2007
69	Varón	Colangiocarcinoma	Dilatación. Prótesis plástica	48 h	Dolor en HD. Anemia	Normal	169 x 150 x 70	Conservador	No	Papachristow GI et al. Gut 2007
54	Varón	TOH. Fuga biliar	Esfinterotomía. Prótesis plástica	1 h	Dolor en HD. Anemia	Alterada	90 x 20	Conservador	No	Cardenas et al. Annals of Hepatology 2008
71	Varón	Coledocolitiasis	Esfinterotomía. Balón extractor. Prótesis plástica	12 h	Dolor en HD	NC	50 x 30	Conservador	No	McArthur KS et al. GIE 2008
96	Varón	Ampuloma	Esfinterotomía. Prótesis plástica	4 h	Dolor en HD	Normal	170 x 130 x 50	Conservador	No	De Mayo T et al. Rev Chil de Radiología 2008
71	Mujer	Coledocolitiasis	Esfinterotomía. Balón extractor	48 h	Dolor en HD	Normal	100 x 80 x 40	Conservador	No	De La Serna-Higuera C et al. Gastroenterol Hepatol 2008
15	Mujer	Pancreatitis biliar	NC	Horas	Dolor en HD. Hipotensión	NC	135 x 49 x 35	Conservador	No	Nari GA et al. Cir Esp 2009
41	NC	Coledocolitiasis	Esfinterotomía. Balón extractor	Horas	Anemia	NC	130 x 90 x 110	Conservador	No	Revelto Rey J et al. Med Intensiva 2011 [en prensa]

HD: hipocondrio derecho; NC: no consta en el artículo; TOH: trasplante ortotópico de hígado.

**Tabla 2.** Resumen de los casos de hematomas hepáticos tras CPRE descritos en la literatura médica. Tomado de: Hematoma hepático subcapsular. Una rara complicación de la CPRE; Baudeta J, Arguiñarena X, Redondo I. GastroenterolHepatol. 2011

## LABORATORIO E IMÁGENES

El enfoque clínico inicial requiere la realización de un laboratorio de rutina y la utilización de imágenes, ya sea tomografía computada o RMN.<sup>4-5</sup>

En los parámetros de laboratorio, es probable que únicamente encontremos una leucocitosis y, en casos graves, un descenso de la hemoglobina y el hematocrito, no

hay otros datos de importancia. El Ultrasonido abdominal y la Tomografía abdominal computarizada de urgencia son las que indican el diagnóstico definitivo; demostrando muchas veces hematomas hepáticos intraparenquimatoso y subcapsular, dilatación de vías biliares con prótesis en su interior.<sup>9-10</sup>

En la TAC abdomino-pélvica se pueden observar imágenes hepática heterogénea (Anexo 3) en la mayoría de los casos reportados a nivel del lóbulo hepático derecho, sugestivos de hematomas subcapsulares hepáticos.<sup>11-12</sup>

En Tomografía Computarizada sin contraste se observa una masa hiperdensa de tamaño variable, que se puede localizar a nivel subcapsular en su mayoría de casos o en el interior del parénquima hepático. Evolutivamente la densidad del hematoma disminuye y puede formarse una cápsula.<sup>16</sup>



**Figura 5:** Tomografía que muestra hematoma subcapsular hepático. Tomado de: Una rara complicación de la CPRE: el hematoma subcapsular hepático. A. Nari, Preciado N y Rosendo B. Departamento de Cirugía, Hospital General Tercer Milenio, México 2009

## TRATAMIENTO

En lo que respecta al tratamiento, y según lo observado inicialmente conservador, con antibióticos, aporte de fluidos y, fundamentalmente, una analgesia que involucre el uso de morfínicos ya que el dolor suele ser intenso. La mayoría de veces se sugiere hospitalización de 2 a 3 días y cobertura por 2 semanas con antibiótico y controles

por imágenes a las 4-5 semanas. La indicación de cirugía quedaría reservada para los pacientes en los que el hematoma se rompa, se infecte o crezca, con riesgo de rotura o dolor inmanejable (Anexos 1 y 2). Los procedimientos percutáneos podrían tener un lugar en el arsenal terapéutico, así como los procedimientos angiográficos.<sup>4-7</sup>

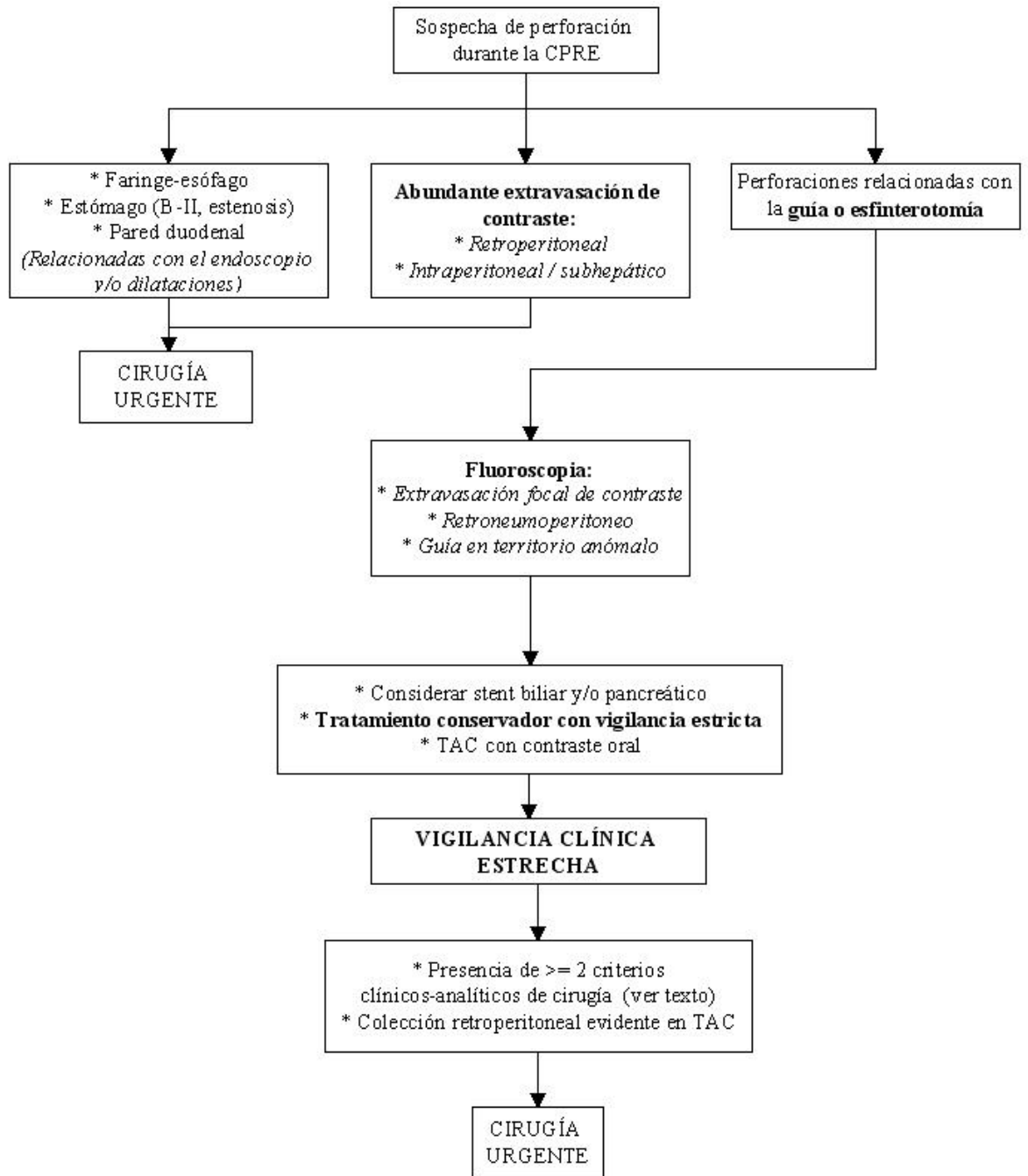
El manejo no invasivo o expectante del hematoma subcapsular fue descrito en numerosos casos. En dichas oportunidades el tratamiento consistió en medidas de soporte, transfusión de unidades de sedimento globular y, si fuera necesario, profilaxis antibiótica y manejo del dolor. La CPRE es un procedimiento con técnica de contaminación ascendente en el que existe riesgo de infección de la cavidad neoformada. El drenaje transparietal sería la indicación para los casos de hematomas complicados. Otra alternativa para el hematoma sería la embolización selectiva de la rama de la arteria hepática involucrada. El tratamiento quirúrgico estaría indicado ante la sospecha de ruptura y vaciado en la cavidad peritoneal o inestabilidad hemodinámica.<sup>5-6</sup>

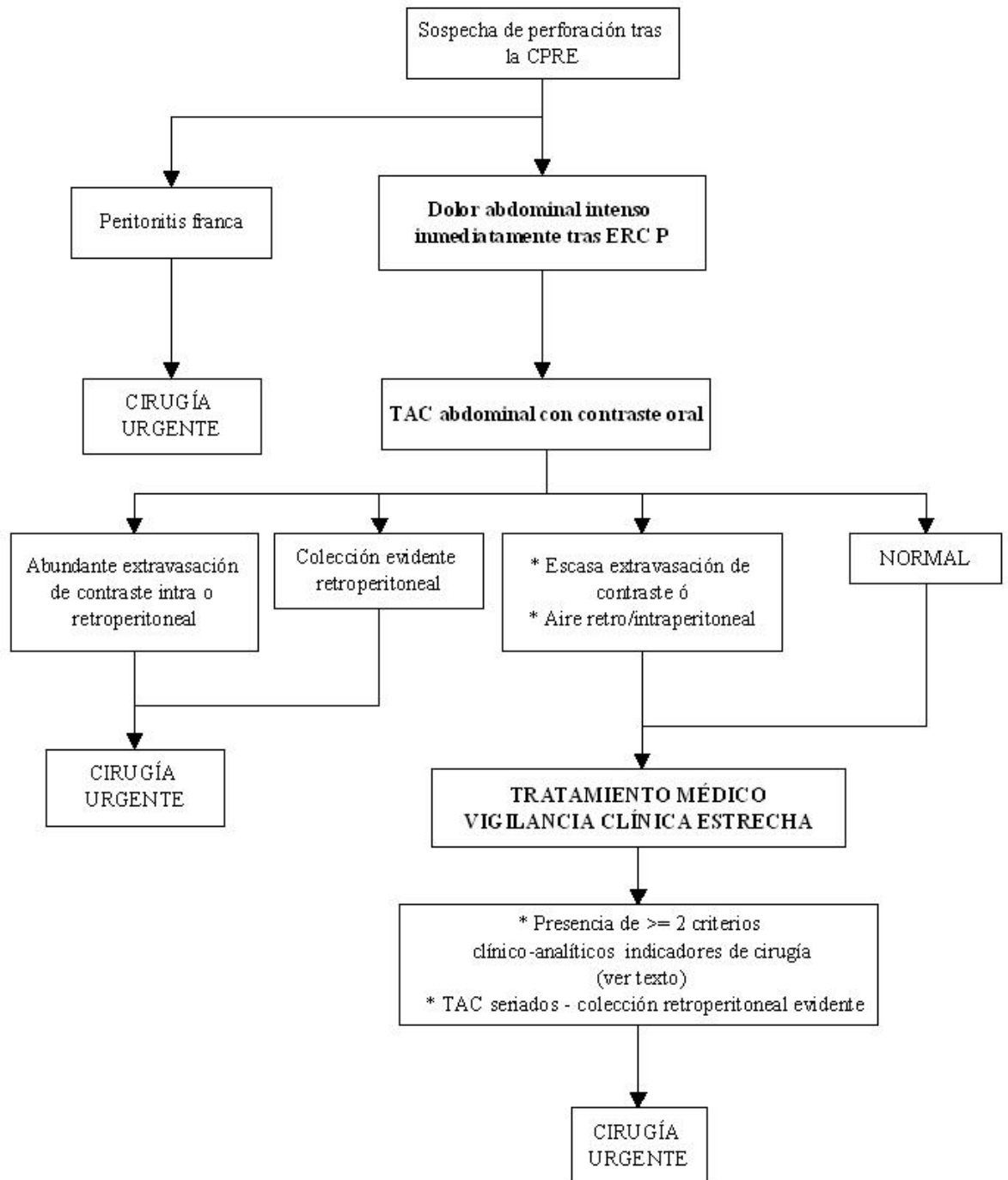
Se puede realizar en casos graves el empaquetamiento hepático que consiste en la envoltura con compresas directamente en las zonas hepáticas de sangrado con interposición o no de una lámina plástica o membrana no porosa (también conocida como Bolsa de Bogotá) con la finalidad de conseguir una hemostasia primaria con detención espontánea o artificial de la hemorragia. El empaquetamiento se recomienda en presencia de inestabilidad hemodinámica y coagulopatía. La tasa de supervivencia reportada con el uso del empaquetamiento hepático en sangrado profuso es del 75,5%.<sup>22</sup>

## **PRONOSTICO**

Al ser una complicación extremadamente rara la evolución de estos pacientes se la realiza en UCI por el alto riesgo de hemorragia tras la resolución quirúrgica en los casos más graves, como en ruptura del hematoma o resangrado del mismo. Llegando a tener en algunos casos desenlaces fatales. Mientras que en los casos menos graves la reabsorción de estos hematomas se los obtiene de forma conservadora, sin recurrir a lo quirúrgico ni a la punción percutánea guiada por eco. En casos de sobreinfección de estos hematomas el tratamiento conservador junto con la administración de antimicrobianos, son el método terapéutico de elección y resolución de estos hematomas.<sup>13-14</sup>

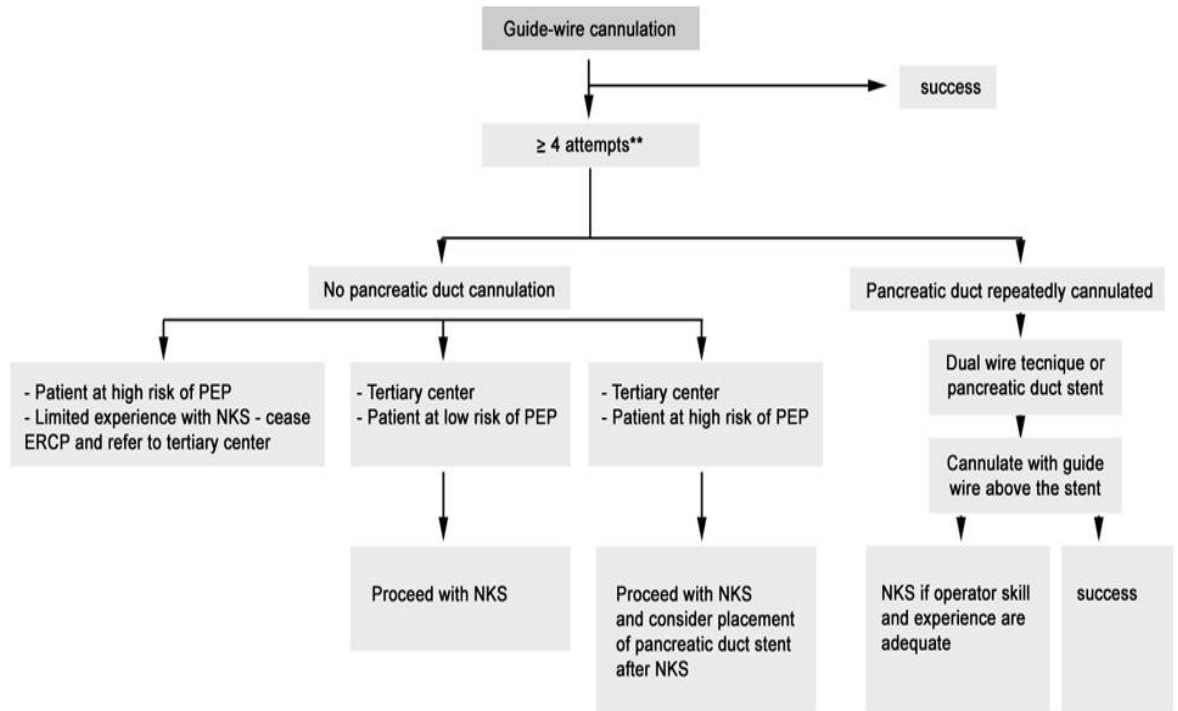
**Algoritmo 1 y 2.** Algoritmos para el manejo de las perforaciones durante la realización de la CPRE.





Tomado de: Complicaciones de la colangiopancreatografía retrógrada endoscópica (cpre). Identificación, prevención y manejo. Gallego J, Gallardo F, Martínez G. Sociedad Andaluza de Patología Digestiva, 2010

**Algoritmo 3.** Algoritmo de actuación propuesto durante la canulación biliar. ERCP, colangiopancreatografía retrógrada endoscópica. NKS, esfinterotomía de precorte con esfinterotomo de aguja. PEP, pancreatitis post-CPRE. \*\*El número de intentos variará según el riesgo individualizado del paciente de pancreatitis post-CPRE (PEP) y la experiencia del endoscopista.



Tomado de: Complicaciones de la colangiopancreatografía retrógrada endoscópica (cpre). Identificación, prevención y manejo. Gallego J, Gallardo F, Martínez G. Sociedad Andaluza de Patología Digestiva, 2010



## DESCRIPCIÓN DE LOS FACTORES DE RIESGO

Un factor de riesgo se define como cualquier rasgo, característica o exposición de un individuo que aumente su probabilidad de sufrir una enfermedad o lesión según la OMS.

### FACTORES DE RIESGO BIOLÓGICOS

Dentro de los factores de riesgo que se cita es la edad de la paciente ya que en general constituye cierto porcentaje para padecer enfermedades de la vía biliar y sus conductos.

#### FACTORES DESCRITOS QUE PUEDEN RELACIONARSE CON UN MAYOR RIESGO DE COMPLICACIONES EN LA CPRE.

RELACIONADOS CON EL PACIENTE	ENDOSCOPISTA	TÉCNICAS REALIZADAS
Paciente joven (< 60 años)	Escasa experiencia	CPRE terapéutica
Sexo femenino	< 50 esfinterotomías/año	Precorte
Ausencia de ictericia		Esfinterotomía pancreática
Colédoco < 8 mm		Canulación difícil
Indicación poco clara		Esfinteroplastia con balón sin esfinterotomía
Sospecha de Disfunción del esfínter de Oddi		Colocación de endoprótesis
Comorbilidad asociada		Dilatación de estenosis
Divertículo yuxtapapilar		
Cirugía gástrica previa		

## **FACTORES DE RIESGO SOCIALES**

### **EDAD**

La incidencia de este tipo de complicaciones post CPRE no varía según la edad, ya que en esto tiene mucho que ver la experiencia del operador al momento de realizar el procedimiento.

### **HÁBITOS**

El consumo de alimentos con alto contenido en grasas es el principal factor de riesgo para el desarrollo de cuadros ictero-obstructivos, por lo que es muy importante realizar una acuciosa historia alimentaria, indagando el nivel de consumo, cantidad y los tipos de alimentos consumidos a lo largo de toda su vida.

### **ÁREA DE RESIDENCIA**

El hematoma subcapsular hepático en una rara complicación del procedimiento CPRE a pesar de ser un método terapéutico menos invasivo, pero que en nuestro país aún existe poca experiencia y escasa información sobre los posibles complicaciones que puede acarrear este proceso terapéutico.

### **ÁREA DE TRABAJO**

También es importante conocer la vida rutinaria de nuestra paciente, la misma que es una ama de casa, quien se encarga de la preparación de los alimentos en su hogar, además del consumo elevado de alimentos grasos, causantes de una mala alimentación.

### **IMPORTANTE**

La historia clínica y el examen físico detallado permiten determinar los factores de riesgo en la mayoría de los casos, nuestra paciente tiene comorbilidades como la gastritis crónica, colecistectomía hace 10 años y pancreatitis aguda de origen litíásico hace 2 meses, que constituyen factores de riesgo importantes. Finalmente la bibliografía indica que existe un factor de riesgo importante en aquellos pacientes que han sido sometidos a una CPRE la cual se tornó dificultosa, siendo de difícil canulación y extracción de cálculo causante de la pancreatitis obstructiva como es el

caso de la paciente que ya fue colecistectomizada anteriormente hace 10 años y sometida a una CPRE hace 2 meses.

## **ANÁLISIS DE LOS FACTORES RELACIONADOS CON LOS SERVICIOS DE SALUD:**

### **OPORTUNIDAD EN LA SOLICITUD DE LA CONSULTA:**

La conducta adecuada a seguir ante una paciente con una sospecha clínica de una complicación post colangiopancreatografía retrograda endoscópica a nivel extra hospitalario debe centrarse en la ayuda inmediata y la resolución pronta que requieren cualquier tipo de complicación ocasionada en este procedimiento , así como el traslado de los pacientes de forma oportuna hacia un centro hospitalario, para su pronta confirmación diagnóstica mediante la realización de exámenes complementarios, especialmente de imágenes , para de esta manera instaurar el adecuado tratamiento sea este conservador o quirúrgico con el fin de esperar una pronta recuperación.

La paciente del presente caso a analizar fue ingresada por un cuadro de pancreatitis aguda de causa litiásica, la misma que fue enviada a la realización de una CPRE en una unidad de convenio, donde indicaron que fue una difícil canulación y extracción del cuerpo extraño (calculos), a pesar de ello el cuadro ictero-obstructivo causante de la pancreatitis fue resuelto. A los 11 días post CPRE paciente acude a emergencia por cuadro de dolor abdominal donde indican eco abdominal, hallándonos con una colección líquida entre el diafragma y el lóbulo derecho del hígado, hasta ese momento presumiblemente ante un absceso subdiafragmatico, se le solicita drenaje dirigido por eco para extracción de dicho líquido igual en otra unidad de convenio, personal que realiza dicho procedimiento observa en eco que no se trata de absceso sino de un hematoma subcapsular hepático por lo que no realiza drenaje debido al alto riesgo de hemorragia e indican tratamiento conservador. Se indica a paciente reposo absoluto y manejo conservador de esta complicación, enviándola con controles por consulta externa de cirugía general donde al 1er control se observó una reabsorción del 50% del hematoma y se continuó con manejo expectante. Paciente

vuelve a reingresar al servicio de emergencia por cuadro de dolor abdominal inespecífico, realizan exámenes de laboratorio que reportaron leucocitosis con neutrofilia más EMO infeccioso, envían con tratamiento antibiótico y analgesia por diagnóstico de vías urinarias, sin tomar en cuenta todos los factores de riesgo de la paciente y la sintomatología inespecífica que presentaba al momento del ingresos, habiéndose perdido un tiempo valioso y vital para la paciente. Al día siguiente reingresa al servicio de cirugía general por cuadro de dolor abdominal inespecífico más toma del estado general por lo que se sospecha de perforación de viscera hueca y se decide transferir a Unidad de III nivel para posible resolución quirúrgica y necesidad de UCI. Se transfiere paciente donde al 4to día deciden realizar laparotomía exploratoria encontrándose con un cuadro de peritonitis avanzada por apendicitis grado IV perforada; paciente ingresa a UCI con colocación de bolsa de Bogotá y en mal estado general con alto riesgo de mortalidad.

#### **ACCESO A LA ATENCIÓN MÉDICA:**

La atención primaria forma parte integral del sistema Nacional de Salud del que constituye el primer nivel de contacto de las personas y la comunidad en sí, llevando la atención de salud al lugar donde residen y trabajan los individuos y constituye el primer elemento de un proceso de asistencia sanitaria. El Estado ecuatoriano, dando cumplimiento al SumakKausay o el Buen Vivir, ha definido como prioritario el sector social y particularmente la salud, con gratuidad progresiva de la atención de salud, con la implementación de un modelo basado en la Atención Primaria de Salud. La paciente residente en el cantón Pujilí, ciudadela Andalucía, perteneciente al Seguro Social del Campesinado, para acceder a una atención de salud acudía al Dispensario del SSC de San Juan, donde recibía atención primaria, según información de paciente para ser atendida en H. Básico IESS Latacunga debía portar la transferencia enviada del Dispensario al que pertenecen, caso contrario no adquiriría la atención.

La oportunidad en la solicitud de consulta médica y el acceso a la atención en salud fue de manera pronta en cuanto a la atención de emergencia y tardía debido a la espera de resultados de exámenes, paciente que fue además hospitalizada por varias ocasiones donde recibió tratamiento y se le realizo gran número de exámenes , sin

embargo en la última atención médica en Dispensario SSC según refiere paciente no fue pronta la atención teniendo que esperar por horas para recibir la transferencia a pesar de su cuadro de dolor agudo, para posterior acudir al Hospital IESS Latacunga ya con cuadro inespecífico de dolor agudo y con grave toma del estado general, al igual aquí se perdió tiempo valioso para la atención prioritaria que requería la paciente.

Posterior terminamos transfiriendo a paciente al Hospital IESS Ambato, para resolución quirúrgica y necesidad de UCI llegando a la conclusión mediante laparotomía exploratoria de peritonitis avanzada por apendicitis grado IV perforativa, permaneciendo por 15 días en UCI y posterior complicándose con derrame pleural tabicado y más tarde transfiriendo a paciente al HCAM para cirugía cardiotorácica, con la realización nuevamente de exámenes de imagen y laboratorio para determinar diagnóstico y así poder tomar decisión terapéutica adecuada.

Resuelto esto paciente inicia con cuadro febril sin foco aparentemente, después de varios exámenes se llega a la conclusión de estar frente a un cuadro de infección del hematoma subcapsular hepático por lo que realizan drenaje por punción percutánea extrayendo líquido serosanguinolento con cultivo positivo para crecimiento bacteriano y se administra terapia antibiótica. Al tratarse de una paciente grave la atención en estas dos últimas casas de salud, la atención fue prioritaria y de urgencia.

### **CARACTERÍSTICAS DE LA ATENCIÓN:**

El manejo en el área de emergencia se basa en la atención clínica inmediata en cualquier tipo de paciente y además una monitorización adecuada y permanente, conjuntamente tener el acceso a equipos de última tecnología para resguardar la vida de las personas que acuden a este servicio. Nuestra paciente al ser ingresada en el servicio de emergencia se realizó las medidas generales y la solicitud de exámenes para posterior valoración por servicio de especialidad, la espera de resultados generalmente se prolonga de 1 a 2 horas según el laboratorio de la unidad, aun a pesar de deberse de una paciente delicada de salud y algunos exámenes tuvieron que ser realizados de forma particular o mediante trámite, ya que algunos no se disponen en la casa de salud.

## **OPORTUNIDADES EN LA REMISIÓN:**

La paciente después de sus múltiples ingresos hospitalarios, en el último en H. Básico IESS Latacunga donde envían con medicación por cuadro de infección de vías urinarias aparentemente, no fue derivado de forma oportuna a pesar del cuadro de gravedad de la paciente, donde al día siguiente médicos especialistas de cirugía general deciden remitir a Unidad de III nivel por cuadro de gravedad y alto riesgo de mortalidad, posiblemente por desconocimiento de los antecedentes de la paciente en esos 2 últimos meses o tal vez por falta de socialización acerca de un oportuno traslado hacia una unidad hospitalaria para un manejo quirúrgico y necesidad de UCI.

## **TRÁMITES ADMINISTRATIVOS:**

Los trámites administrativos son requisitos para poder llegar a los prestadores externos de salud en el país, esto cuando no se cuenta con exámenes o procedimientos en la institución donde se encontraba la paciente, siempre siendo necesario la presencia de un familiar y documentación necesaria, muchas ocasiones existiendo la deficiencia en cuanto a la demora en los trámites de exámenes oportunos en la red de salud.

También no se recibió una respuesta oportuna en las referencias a Unidades de III nivel, por la falta de espacio físico en estas instituciones de salud.

El Sistema Nacional de Salud del Ecuador, con la implementación y funcionamiento del subsistema de referencia, derivación, contrareferencia, referencia inversa y transferencia en la atención a los usuarios, fortalece y consolida la Red Pública Integral de Salud para la atención inmediata de pacientes con importante prioridad debido a sus cuadros graves de salud.

**Responsables de la referencia y/o derivación:** es responsabilidad de los profesionales de los establecimientos de salud referir/derivar y ejecutar la referencia/derivación a los usuarios al nivel de atención o de complejidad que corresponde, según capacidad resolutoria y pertinencia clínica, misma que es de su

competencia desde que se inicia la atención en el establecimiento de destino de la referencia o de la derivación hasta cuando recibe la contrareferencia.

**Entidad receptora de la referencia y/o derivación:** es el establecimiento de salud del mismo o mayor nivel de atención o de complejidad, con la capacidad resolutive requerida, que recibe al usuario con el formulario No. 053 y procede a brindar la atención.

**Normas técnicas para la referencia y/o derivación:**

-Las referencias y/o derivaciones serán solicitadas por profesionales de la salud de acuerdo a sus competencias; en su ausencia y únicamente en condiciones de emergencia, realizará otro personal de salud.

-Los profesionales de salud que refieran o deriven a usuarios, ya sea para la realización de consultas de especialidad, tratamientos complementarios u hospitalización, deberán llenar el formulario No. 053 de referencia, derivación, contrareferencia, referencia inversa y transferencia con datos completos y letra legible.

-Se debe establecer el nivel de atención o nivel de complejidad al que es referido el usuario utilizando los criterios de capacidad resolutive, accesibilidad y oportunidad, incluyendo los casos de emergencia.

-El personal administrativo debe coordinar con el servicio de admisión del establecimiento al cual se refiere o deriva para agendar la cita del usuario.

-En el caso de ser una emergencia, el personal administrativo comunicará al establecimiento de referencia o derivación para brindar toda la información pertinente del usuario garantizando su atención inmediata. Subsistema de referencia, derivación, contrareferencia, referencia inversa y transferencia del sistema nacional de salud.

-En caso de emergencia, si el nivel receptor no dispone de espacio físico para la recepción definitiva del usuario, debe estabilizarlo antes del envío a otro establecimiento de salud.

-El personal administrativo que agendó la cita no puede rechazar las referencias o derivaciones establecidas.

-El establecimiento de salud deberá contar con el personal administrativo y equipamiento necesario para agendar las citas.

-El establecimiento de salud receptor atenderá únicamente las referencias o derivaciones solicitadas desde el nivel inferior o del mismo nivel de atención; el usuario no podrá acudir al establecimiento de salud de referencia o derivación correspondiente sin tener agendada la cita con hora, fecha y especialidad a la que fue referido o derivado. Se exceptúan los casos de emergencia.

### **IDENTIFICACIÓN DE PUNTOS CRÍTICOS:**

- Paciente que tenía cirugía abdominal previa hace 10 años, por colecistectomía convencional.
- Paciente que pertenece al Seguro Social Campesino, tiene que realizar otros trámites como es el documento de transferencia otorgado en el Dispensario de salud que pertenece, requisito para la atención médica hospitalaria.
- Necesidad de recurrir a unidades de convenio para la realización de algunos procedimientos y exámenes que la unidad de segundo nivel no se cuenta con lo necesario.
- Hospital no cuenta con equipo para realizar de Colangiopancreatografía retrograda endoscópica.
- Personal de otras unidades de servicios prestadores con poca experiencia para realizar procedimientos de gran importancia diagnóstica y terapéutica para la paciente, ocasionando complicaciones.
- Tomografías realizadas en los diferentes hospitales, sin reporte interpretado por parte de un imagenólogo.
- Demora en el diagnóstico preciso de la paciente, debido al ser un cuadro inespecífico, teniendo una tardía resolución quirúrgica y con severas complicaciones que llevaron a la necesidad de UCI.



## CARACTERIZACIÓN DE LAS OPORTUNIDADES DE MEJORA

<b>. OPORTUNIDAD DE MEJORA</b>	<b>ACCIONES DE MEJORA</b>
Demora en el tiempo de manejo desde el primer momento que ingresa la paciente para que no se le dé el alta sino de la manera más oportuna se resuelva quirúrgicamente en patologías que se complicarían si se posterga la cirugía.	Implementar mayor personal médico (en este caso cirujanos) dotados de la experiencia necesaria para realizar cirugías de esta complejidad. Dar un manejo adecuado basado en protocolos que deberían establecerse en cada servicio de los Hospitales.
Estandarizar protocolos de manejo sobre complicaciones post Colangiopancreatografía retrógrada endoscópica. Como el hematoma subcapsular hepático.	Proponer e implementar dentro de las normativas del MSP protocolos estandarizados en donde se describa diagnóstico oportuno de esas complicaciones, tipos, manejo y tratamiento se conservador o quirúrgico.
Tiempo prolongado en la entrega de los resultados de exámenes y los trámites para los mismos, para ser realizados en otras unidades de convenio, provocando demora para un manejo rápido y oportuno.	Mayor personal para la realización de los exámenes de laboratorio. Dotar de equipos de última tecnología que permitan un resultado veraz de cada análisis.
Facilitar y agilizar la transferencia de pacientes críticos a Unidades de mayor complejidad.	Unidades de III nivel con mayor disponibilidad de cama libre para pacientes en condiciones graves que requieran ser transferidos de urgencia. Médicos de emergencia con capacidad resolutiva adecuada. Traslado de paciente en ambulancia con personal capacitado.

## **PROPUESTA DE TRATAMIENTO ALTERNATIVO**

Identificar factores de riesgo en cada paciente sometido a una Colangiopancreatografía retrógrada endoscópica (CPRE)

- Determinación de las posibles complicaciones de procedimientos menos invasivos pero de gran utilidad como la CPRE.
- Identificada la complicación, tomar las respectivas medidas de resolución y derivar a la especialidad que corresponda.
- Estabilización hemodinámica
- Pruebas de laboratorio e imágenes concluyentes para el diagnóstico definitivo de la complicación.
- En este caso al tratarse del hematoma subcapsular hepático tomar en cuenta riesgo-beneficio.
- Estabilidad hemodinámica por riesgo de hemorragia o ruptura del hematoma hepático.
- Identificación del foco sangrante o arteria lesionada.
- Identificación topográfica del hematoma en el órgano afectado.
- Considerar tratamiento conservador antes del quirúrgico por menor riesgo de mortalidad.
- Derivar a unidades de mayor complejidad para solución de casos graves para preservar la integridad física y sistémica funcional de órganos y aparatos de los pacientes con estas complicaciones.

## CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

- Se recomienda continuar con futuros estudios donde se observe la variación de los marcadores bioquímicos post CPRE en función al tiempo; asimismo, marcadores de predicción de riesgo de complicación. De otro lado, se sugiere continuar con estudios prospectivos donde se mida el real impacto de los médicos en entrenamiento en la presentación de complicaciones.
- Recomendamos a todos los centros que realizan el examen, dispongan de una adecuada infraestructura y logística para recolección de datos previo, durante y después del procedimiento.
- La experiencia de un grupo en una unidad especializada ofrece gran ventaja con un seguimiento de recomendaciones internacionales y estandarizadas.
- La gran cantidad de eventos adversos post CPRE se manejan conservadoramente.
- Ya no debe realizarse una PCRE diagnóstica. Además es primordial que el endoscopista tenga la capacidad o habilidad para realizar esfinterotomía y/o procedimientos de drenaje.
- La disfunción del esfínter de Oddi (DEO) y la canulación y opacificación del Wirsung triplican y duplican el riesgo de pancreatitis post CPRE.
- Evitar canulación y opacificación del Wirsung si no es necesaria (como en patología de colédoco).
- Recomendamos que debemos agotar todos los exámenes y posibilidades antes de los procedimientos. Una adecuada selección de pacientes nos ayudará a disminuir las tasas de exámenes normales con un consecuente incremento en la terapéutica.
- Recomendamos a los centros que realizan el procedimiento, la constante capacitación de sus miembros en cursos, pasantías, congresos y asistencia a centros donde este examen se desarrolla intensamente.
- No se debe perder de vista la guía al ingreso a zona hepática, conductos intrahepáticos para evitar perforaciones de vasos del parénquima, para evitar hemorragias y hematomas.
- Es importante describir complicaciones o eventos adversos para buscar guías de manejo y afrontar las mismas con las mejores capacidades.

- Se justifica el uso de octeotride en mujeres, pacientes menores de 50 años y pacientes con diagnóstico de DEO, entre otros.

Finalmente con el análisis de este caso nos hemos dado cuenta de las serias complicaciones que conlleva un procedimiento que fue creado con el fin de ser diagnóstico y terapéutico como es la CPRE en una paciente con un cuadro inicial de pancreatitis aguda de causa litiásica, el mismo que se complicó con la formación de un hematoma subcapsular hepático debido a la mecánica del procedimiento. Los estudios deberían enfocarse más en la técnica para evitar estas complicaciones infrecuentes pero potencialmente mortales, siempre manteniendo un elevado índice de sospecha para su diagnóstico a tiempo e instauración de normas de vigilancia ante la posibilidad de sobreinfección o ruptura espontánea de estos hematomas que conllevarían a una hemorragia aguda. Así también se recomendaría el uso de tratamiento antibiótico como profilaxis ante la posible colonización por gérmenes perjudiciales para los pacientes que presenten estos hematomas hepáticos y en casos más graves el drenaje transparietal es el tratamiento de elección. También se debería realizar una adecuada selección de centros médicos donde estén completamente especializados y que tengan mayor experiencia para realizar este tipo de procedimientos diagnósticos y terapéuticos, con el fin de evitar las complicaciones mencionadas, como es una de estas el hematoma subcapsular hepático que puede llegar a ser potencialmente mortal al existir riesgo de infección de la cavidad neoformada. Siendo necesario en estos casos el drenaje transparietal del hematoma ante la sospecha de sobreinfección o hematoma complicado. U otra alternativa para el hematoma sería la embolización selectiva de la rama de la arteria hepática involucrada; mientras que el tratamiento quirúrgico estaría indicado ante la sospecha de ruptura y vaciado en la cavidad peritoneal o inestabilidad hemodinámica. Por lo que es indispensable personal capacitado y con mucha experiencia en este campo profesional.

## REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

### BIBLIOGRAFÍA

1. García Gutiérrez A, Pardo Gómez G. Cirugía. Tomo III. Editorial Ciencias Médicas. La Habana, 2007. p. 159, 160(9)

### LINKOGRAFÍA

1. Andruilli A, Loperfido S, Napolitano G. Incidence rates of post-ERCP complications: a systematic survey of prospective studies. American Journal of Gastroenterology. 2007. p.1781–1788. (20)
2. Artifon E, Tchekmedyian J, Aguirre P. Colangiopancreatografía retrógrada endoscópica: una técnica en permanente evolución. Revista de la Sociedad de Gastroenterología del Perú, 2013. p. 322 [revista en Internet]; Disponible en: [http://sisbib.unmsm.edu.pe/bvrevistas/gastro/vol33\\_n4/pdf/a06v33n4.pdf](http://sisbib.unmsm.edu.pe/bvrevistas/gastro/vol33_n4/pdf/a06v33n4.pdf) (18)
3. Bartolo Rangel E, Endoqui Anaya Y, Trejo Suarez J, Dávila Jolly H, Álvarez Olmos J, Montero López A. Hematoma hepático subcapsular roto y choque hipovolémico como una complicación inusual tras la realización de Colangiopancreatografía retrógrada endoscópica. Reporte de un caso. Revista de Cirugía General. Vol. 34. N° 3. México, 2012. p. 217-220. [revista en Internet]; Disponible en: <http://new.medigraphic.com/cgi-bin/resumen.cgi?IDARTICULO> (17)
4. Boretti J. Colecistectomía dificultosa. XXVI Congreso Argentino y Latinoamericano de Médicos Residentes de Cirugía General. Revista Argentina de Residentes de Cirugía. 2013. p. 19. (2)
5. Carrica S, Belloni R. Hematoma intraparenquimatoso hepático post-colangiopancreatografía retrógrada endoscópica sobreinfectado por *Citrobacter freundii* y *Klebsiella pneumoniae* BLEE, Acta Gastroenterológica Latinoamericana - Vol 44 / N°

2/Junio 2014 [revista en Internet]; Disponible en:<http://www.redalyc.org/pdf/1993/199331220015.pdf> (5)

6. García Chávez J, Ramírez Amezcua F. Colectomía de urgencia laparoscópica versus abierta. *Revista de Cirugía General*. Vol. 34. N° 3. México, 2012. p. 217-220. [revista en Internet]; Disponible en:<http://new.medigraphic.com/cgi-bin/resumen.cgi?IDARTICULO=39833> (8)

7. García Gutiérrez A, Pardo Gómez G. *Cirugía*. Tomo III. Editorial Ciencias Médicas. La Habana, 2007. p. 159, 160 (9)

8. Gonzales López R, García Cano E, Cruz Salgado A, Hernández Zamora V. Tratamiento quirúrgico para hematoma subcapsular hepático posterior a colangiografía retrógrada endoscópica; caso inusual. *Cirugía y Cirujanos Órgano de difusión científica de la Academia Mexicana de Cirugía*. México, 2015. p. 506, 509. [revista en Internet] Disponible en: <http://www.elsevier.es/es-revista-cirugia-cirujanos-139-articulo-tratamiento-quirurgico-hematoma-subcapsular-hepatico-90443767> (1)

9. Keus F, Jong J, Gooszen H, Laarhoven C. Colectomía laparoscópica versus abierta para pacientes con colecistolitiasis sintomática. *Biblioteca Cochrane Plus*, 2008 Número 4. Disponible en: <http://www.update-software.com> (13)

10. LageCendón L, Ortega Montes A. Hematoma subcapsular hepático. *Revista de Medicina Intensiva*. Pontevedra. España, 2008. p. 456 (15)

11. Nari G, Preciado Vargas J, Rosendo Ballesteros N. Una rara complicación de la CPRE: el hematoma subcapsular hepático, Departamento de Cirugía, Hospital General Tercer Milenio, México, 2008.04.002, [revista en Internet] Disponible en: [www.elsevier.es](http://www.elsevier.es) (4)

12. Ortega Molina L, Ostiz Zubieta S, Jimenez Lopez G, Fernandez F, Miranda Orella L, Eguaras Ros J. TC en el diagnóstico de Complicaciones Post CPRE: de lo habitual a lo inhabitual. *Sociedad Española de Radiología Médica*. 2014. p. 5 (16)

13. Priego P, Rodríguez G, Mena A, Losa N, Aguilera A, Conde S, Fresneda V. Hematoma subcapsular hepático tras CPRE. Revista Española de Enfermedades Digestivas. Vol. 99, N.º 1, 2007. p. 49-60 [revista en Internet]; Disponible en: <http://scielo.isciii.es/pdf/diges/v99n1/carta4.pdf> (11)
14. Quispe M, Sierra W, Callacondo D, Torreblanca J. Factores asociados a complicaciones de la Colangiopancreatografía Retrógrada Endoscópica en un Hospital de alta complejidad. Revista Peruana de Medicina Experta en Salud Pública. 2010. p. 201-207 (19)
15. Revuelto J, Gordillo Escobara E, Batalhab P. Hematoma subcapsular hepático tras colangiopancreatografía retrógrada endoscópica. Revista de Medicina Intensiva. España, 2010. p. 224 (14)
16. Rodríguez Acosta R, Torrado Cruz L, Pérez García D, Morey F. Hematoma subcapsular del hígado. Manifestación en tres pacientes con fasciolosis hepática. Asociación Mexicana de Infectología y Microbiología Clínica. [revista en Internet] 2001. p. 87,90 (6)
17. Rossi M, Martínez Y, Louis C, Garassini M. Hematoma Intrahepático y Subcapsular posterior a Colangiopancreatografía Retrógrada Endoscópica (CPRE) Reporte de un caso y revisión. Revista de la Sociedad Venezolana de Gastroenterología. Volumen 61, Septiembre 2007. p. 210, 211 (10)
18. Salvador Baudet J, Arguiñarena X, Navazo L, Montiel R. Hematoma hepático subcapsular. Una rara complicación de la CPRE, Revista de Gastroenterología y Hepatología, Editorial Elsevier [revista en Internet] Vol. 34. Núm. 02. Febrero 2011; Disponible en: <http://www.elsevier.es/es-revista-gastroenterologia-hepatologia-14-articulo-hematoma-hepatico-subcapsular-una-rara-90000645> (3)
19. Sanabria Padrón V, Hernández Valencia M, Catañeda Valladares F, Aceves Solano J. Tratamiento conservador del hematoma hepático subcapsular en pacientes con preeclampsia y síndrome de HELLP. Revista Mexicana de Ginecología y Obstetricia. Vol. 81. Julio 2013. p. 414-419 (12)

20. Ureña S, Salazar Miente F, Monge Zapata V, Vila Gutiérrez S, Barriga Briceño J. Eventos Adversos Esperados e Inesperados en la Endoscopia Terapéutica de la Vía Biliar(CPRE):Experiencia en un Centro Privado Nacional con 1356 casos consecutivos (1999-2008). Revista de Gastroenterología. Perú; 2009. p. 311-320[revista en Internet]; Disponible en:<http://www.scielo.org.pe/pdf/rgp/v29n4/a03v29n> (7)

## **CITAS BIBLIOGRÁFICAS - BASE DE DATOS UTA**

1. E. EBRARY: Larrea, M. (2015). Trauma torácico y abdominal: caracterización: consideraciones para un mejor diagnóstico y tratamiento. Editorial Universitaria. Recuperado el 14 de Agosto 2015, Disponible en: <http://site.ebrary.com/lib/alltitles/docDetail.action?docID=11087792&p00=trauma+hep%C3%A1tico> (21)

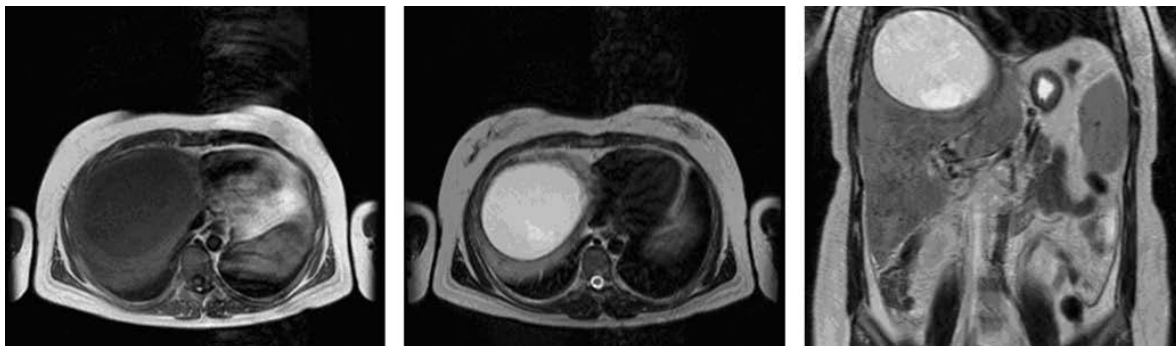
2. E. EBRARY: Macias, M. (2014). Tratamiento de colecciones hepáticas guiado por ecografía. Ediciones Díaz de Santos. Recuperado 25 de Agosto del 2015. Disponible en: <http://site.ebrary.com/lib/alltitles/docDetail.action?docID=11038583&p00=trauma+hep%C3%A1tico> (22)

3. PROQUEST: Adler, Douglas ;Curbside Consultation in GI Cancer for the Gastroenterologist: 49 Clinical Questions; EDITORIAL. SLACK Incorporated. April 2011 Disponible en: <http://site.ebrary.com/lib/uta/reader.action?docID=10801911> (23)

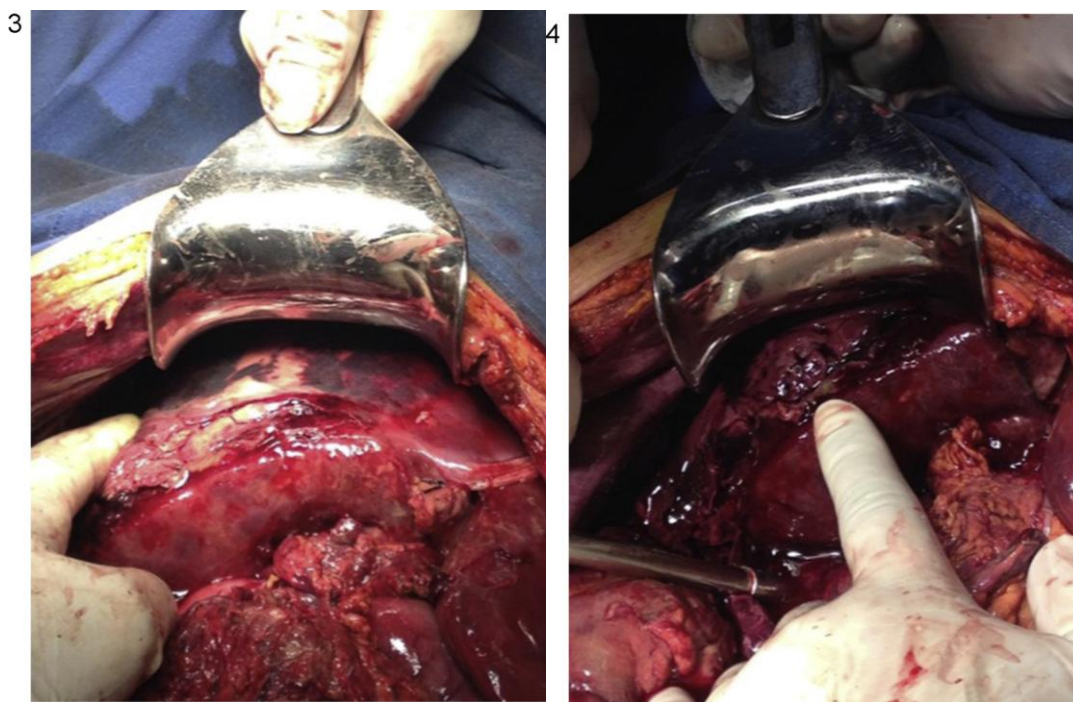
4. PROQUEST: Thomas, Charles, Clifton, David Fuller, Biliary Tract and Gallbladder Cancer: Diagnosis and Therapy. January 2009. Editorial demos medical publishing. Disponible en: <http://site.ebrary.com/lib/uta/detail.action> (24)



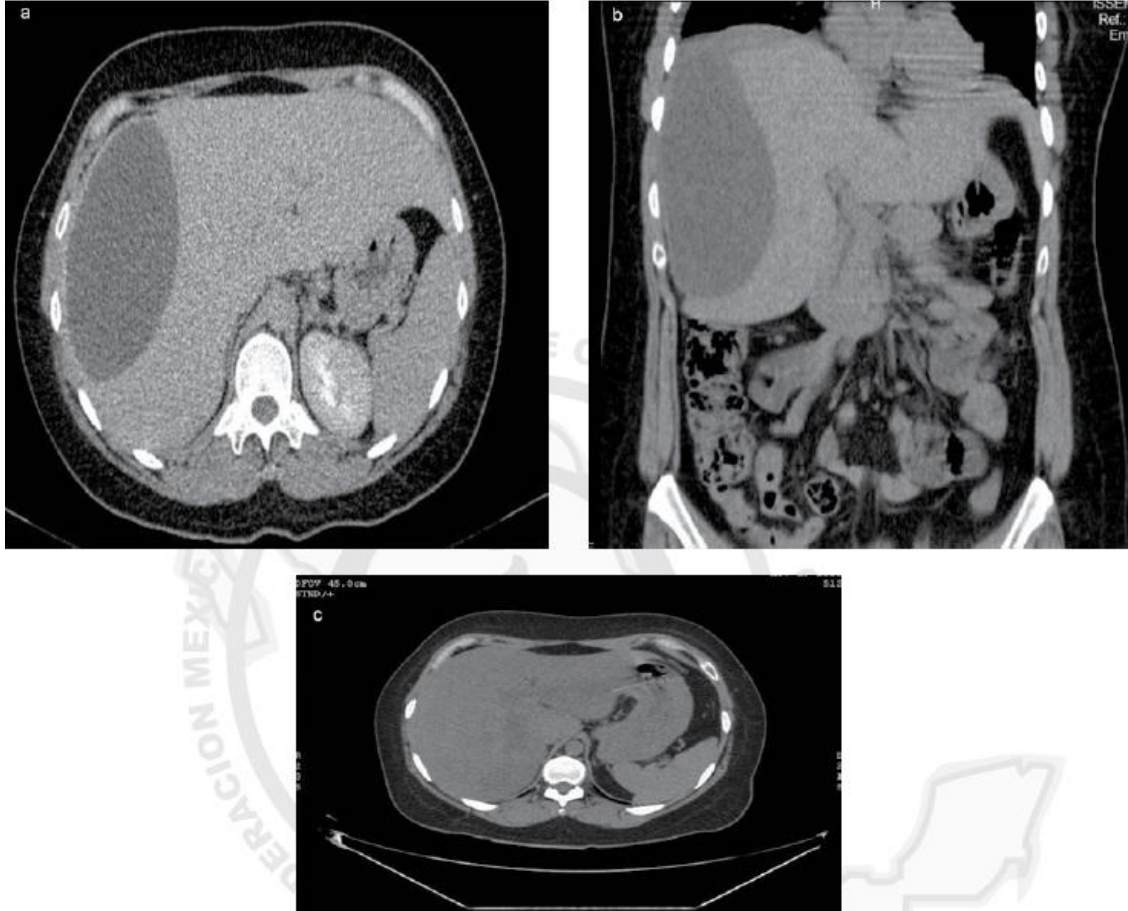
## ANEXOS



**Anexo 1.** Ejemplo de un hematoma intraparenquimatoso hepático mediante resonancia magnética nuclear en secuencia T2: Lesión hiperintensa en segmento VII - VIII de contenido líquido, de aproximadamente 11 cm de diámetro.



**Anexo 2.** Ejemplo de un hematoma subcapsular roto en lóbulo hepático derecho.



**Anexo 3.** Cortes tomográficos axiales. 1A) Tomografía axial computada abdominal en fase contrastada que demuestra un hematoma subcapsular de 117 x 85 x 104 mm que llega incluso a los segmentos VII y VIII del lóbulo hepático derecho. 1B) TAC de control con disminución de volumen del hematoma posterior al tratamiento con estreptocinasa-estreptodornasa de 55 x 44 mm. 1C) TAC en fase simple con resolución completa del hematoma hepático.